

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

No 755

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Charles BERLIOZ

Né à Paris, le 25 Juillet 1907

ESSAI SUR L'OBSESSION
DE NÉGATION

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

PARIS
AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD ST-GERMAIN, 93

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Charles BERLIOZ

Né à Paris, le 25 Juillet 1907

ESSAI SUR L'OBSESSION
DE NÉGATION

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD ST-GERMAIN, 93

1935

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESCREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophthalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BERNARD Étienne.	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LABBÉ (Henri) ...	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.

MM.	
LANTUÉJOUL ...	Obstétrique.
LAROCHE (Guy) .	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
M ^{lle} J. LÉVY	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI ..	Neurologie et Psychiatrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ...	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIEVRE ...	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RICHET	Physiologie.
SANNIÉ.	Chimie biologique.
SÉNÈQUE.	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTHE	Pathologie chirurgicale.
J. BEZANÇON ...	Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.

MM.	
LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
ZIMMERN.	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE ..		BROCQ.....	
AUBERTIN		CADENAT.....	
BRULÉ		GATELLIER	
CHABROL.....		HEITZ-BOYER ..	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT		QUENU.....	
DUVOIR.....		SCHWARTZ.....	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VALLERY- RADOT			
SÉZARY			
MM.			
ECALLE	} Clinique obstétricale.		
GUÉNIOT			
LE LORIER.....			
LÉVY-SOLAL			
METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.....	Puériculture.
FREY.....	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR GEORGES VOELKER

A MON PÈRE

A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR

LAIGNEL-LAVASTINE

Professeur d'Histoire de la Médecine à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'hôpital de la Pitié

*En respectueux hommage pour le
grand honneur qu'il nous fait en
acceptant de présider cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR RAYMOND MALLET

Médecin Inspecteur des Asiles
Médecin consultant de l'Hôpital Henri-Rouselle
Médecin expert auprès des Tribunaux

*Dont j'aurais voulu qu'à chaque
page le nom figurât en filigrane,
puisque c'est à sa bienveillante ami-
tié et à un enseignement constant de
cinq années que cette thèse a pris sa
source, en témoignage de profond
attachement et de respectueuse recon-
naissance.*

A MES MAÎTRES

DANS LES HOPITAUX

M. LE PROFESSEUR ANTONIN GOSSET.

M. LE PROFESSEUR FERNAND WIDAL (*In memoriam*)

M. LE DOCTEUR LOUIS RAMOND.

M. LE DOCTEUR ÉDOUARD MICHON.

M. LE DOCTEUR ERNEST DE MASSARY.

M. LE DOCTEUR HENRI GRENET.

M. LE DOCTEUR JEAN CHARRIER.

M. LE DOCTEUR PAUL RAVAUT (*In memoriam*).

M. LE PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE.

A LA SORBONNE

M. LE DOYEN HENRI DELACROIX.

M. LE PROFESSEUR GEORGES DUMAS.

A L'INSTITUT MÉDICO-LÉGAL

M. LE PROFESSEUR BALTHAZARD.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PIEDELIÈVRE.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUVOIR.

M. LE PROFESSEUR HENRI CLAUDE.

M. LE DOCTEUR ANDRÉ CEILLIER.

INTRODUCTION

Encore que toute définition ait un caractère nécessairement temporaire, il est utile d'indiquer l'éclairage sous lequel va se former le problème dont ces pages ont pour but de montrer quelques aspects, en décrivant à l'occasion de trois observations un ensemble de symptômes qui, sur le mode obsédant rappelle les éléments d'un syndrome déjà décrit sur le mode délirant. Un tel état se caractérise par un sentiment de vide qui vient envahir la conscience du sujet, engendrer des idées de négation qui se polarisent successivement sur tout le champ de la personnalisation et former ainsi le contenu total d'une obsession qui, sans jamais aboutir au délire, arrive à se systématiser.

Si l'on veut un instant envisager la psychiatrie comme une échelle partant du moins normal pour atteindre le plus morbide, on peut distinguer certains paliers. Entre le stade initial dont l'obsession est une modalité et le stade terminal dont la démence est le type, on peut situer un troisième degré

intermédiaire : le délire. Abandonnons le pôle démentiel et considérons un peu les deux premiers.

Une jeune femme voit luire tout à coup sur le col de fourrure d'un homme qui passe devant elle un petit poil brillant. Aussitôt, cette banalité engendre un supplice épouvantable pour la jeune femme. Car il est presque impossible que ce ne soit pas une épingle qui étincelle ainsi. Or, qui aurait pu la planter là si ce n'est elle, elle qui depuis des mois n'a plus touché une épingle et qui cependant ne cesse d'avoir l'impression d'en projeter constamment autour d'elle ? Aussi supplie-t-elle son frère et sa sœur qui l'accompagnent de bien vouloir courir vers l'homme à la fourrure, de s'assurer s'il y a véritablement une épingle plongée dans le col de loutre et, si cela est, de l'arracher immédiatement, car une épingle ainsi piquée peut provoquer elle ne sait quoi... Elle reconnaît bien toute l'absurdité qu'il y a à réclamer semblable manœuvre, mais elle ressent le besoin extrême d'être rassurée, apaisée par elle. Et comme son entourage hésite à se plier à cette vérification, la jeune femme pleure, tremble et trahit par l'altération de son visage la plus cruelle anxiété.

Cette idée bizarre, étrangère à la personnalité, cette crainte, ce scrupule, ce doute constant de savoir si cette femme projette des épingles autour d'elle, ce souci qui entraîne une série de contrôles fort délicats dont elle a honte et ne peut s'empêcher cependant d'exiger la réalisation... Voilà un type de ce qu'en psycho-pathologie on nomme une obsession.

Faut-il dire que le thème d'une obsession peut être d'une variété infinie et qu'à « l'épingle » on peut substituer l'idée la plus singulière ou la sensation la plus banale.

Quel est cet homme dont est si frappant le contraste entre ce que nous apprennent son attitude euphorique et son langage d'une part et de l'autre les dires de sa femme sur la pauvre vie qu'il mène depuis peu. Quand on l'interroge, il répond qu'il a cent mille navires, trois cents châteaux, vingt-cinq usines, sept cents brevets d'invention... Il délire, c'est-à-dire qu'il croit vrai ce qu'il vient de dire. Or parmi les délires dont les thèmes sont innombrables, il en est un fort curieux dont la description a été brillamment faite par COTARD. C'est un délire caractérisé par des idées de négation qui portent soit sur le monde extérieur, soit sur le moi : qu'il s'agisse du corps ou d'un de ses organes, de l'esprit ou d'une de ses facultés. Cette négation totale ou partielle se combine à des idées de transformation corporelle, de damnation et d'immortalité. Un tel malade dit par exemple : « Je n'ai plus rien, je suis ruiné, je n'ai plus d'organes, je suis mort, je suis damné puisque je souffre encore et que cela ne finira jamais. »

Eh bien, redescendons à l'étage des obsessions, à ce stade où le trouble laisse encore à la conscience le pouvoir de le juger. C'est là que nous situerons les faits qu'il est temps d'exposer et où l'on peut retrouver l'équivalent d'un tel syndrome.

En effet les trois femmes dont l'observation com-

pose le thème de cette étude, perdent le sens du réel, mettent en doute l'évidence des données du monde extérieur et en arrivent à avoir des craintes sur la réalité de leur propre existence. Mais elles avouent quand on les interroge directement qu'elles sont parfaitement conscientes de l'absurdité des paroles qu'elles prononcent, et que celles-ci ne sont que la traduction imparfaite, métaphorique d'un état ineffable qu'elles ressentent et dont elles voudraient nous exposer le drame. Lorsque l'une d'elles n'a plus l'impression d'exister, qu'il lui faut se regarder dans un miroir pour qu'elle sache sa forme, qu'elle s'écrie : « Je ne suis plus que le néant de moi-même », qu'elle s'effondre dans tout ce qu'il y a de réalité en elle, que dans cette absence de soi, elle ne trouve plus rien pour s'accrocher encore à ce qui pourrait lui faire ressentir la moindre émotion et qu'à la fin elle n'a plus même l'espoir de pouvoir supprimer cette misère puisqu'on ne tue pas celle qui est déjà morte, elle reste constamment en deçà d'une frontière qu'elle n'a jamais franchie.

CHAPITRE PREMIER

LES FAITS

OBS. I (1). — M^{me} W... Concierge, est âgée de 26. -

Elle vient consulter en février 1932 le docteur R. MALLET à l'hôpital Henri-Rousselle pour des troubles dont le début remonte au premier jour de ce mois.

M^{me} W... avait depuis quelques jours une grippe qui la retenait dans son lit, lorsque, brusquement le 3 février, alors que la fièvre était tombée, que les céphalées avaient cessé, elle éprouve un malaise étrange, voit descendre d'un cadre accroché au mur des milliers de points noirs et a l'impression qu'il y a à cet instant même, un éclatement dans sa tête accompagné d'une sensation douloureuse le long de la colonne vertébrale et d'un refroidissement des extrémités.

Au même moment elle ressent une impression subite de néant : « D'une minute à l'autre, dit-elle, je n'ai plus rien senti, comme si ma tête s'était vidée. Je n'avais plus rien en moi, ou plutôt, non, je n'avais plus que la parole. Je ne pouvais plus penser et je le sentais : je me suis sentie partir avec

(1) Cette observation a été publiée par R. MALLET et C. BERLIOZ in *Ann. médico-psychologiques*, XIV^e série, 91^e année, t. I, n^o 5, mai 1933 p. 591.

toute ma lucidité. J'ai eu peur : je me suis dit que j'étais perdue. »

Quelques jours plus tard, elle éprouve « des sensations douloureuses qui partent de la cavité crânienne, descendent le long de la colonne vertébrale et aboutissent à la région rénale ».

« Depuis ce jour-là, dit-elle, je suis métamorphosée : je n'ai plus aucun sens, aucune satisfaction, aucune envie de quoi que ce soit. J'ai le cerveau anesthésié. Ma pensée ne correspond plus à ma parole. J'ai l'impression d'être morte. »

Elle éprouve par moment, des poussées d'angoisse.

« La peur me prend tout à coup : j'ai l'impression que je vais quitter la vie tout à fait. Oui, j'ai encore le souffle, la respiration. La mort m'en privera. »

A trois reprises, depuis février, et pendant une heure chaque fois, Mme W..., a la sensation que le vide cérébral s'est comblé et qu'elle est devenue comme tout le monde.

« Je refaisais tout comme auparavant. J'étais contente, je me croyais guérie. »

Ces rémissions ne durent pas.

« Actuellement mon esprit est éteint : Ah, je ne suis pas fière de moi. Je n'ai plus d'âme. »

Cependant l'idée de négation se précise :

« Je flotte dans l'espace, je ne sais plus où je suis. Pour les autres je continue à faire les mêmes gestes qu'autrefois, mais je ne suis plus rien : rien ne me touche sous les sens. Quand j'embrasse mes enfants, c'est comme s'ils étaient en pierre. »

Bien qu'elle continue à mener la vie de tout le monde, Mme W... se plaint de « ne plus être la même, d'être devenue une poupée automatique ».

« Cependant, nous explique-t-elle, je me dis qu'il me faut continuer à faire les mêmes gestes qu'autrefois pour sauver les apparences, car je ne suis plus rien, rien. »

« Je n'ai plus la faculté de rire. Je ris sans en avoir le

sentiment. Hier j'ai appris la mort de ma belle-sœur, j'ai pleuré pour la forme. Autrefois cette mort m'aurait peinée. Aujourd'hui elle m'indiffère. »

« Quand on me parle, je me rappelle de tout : par quoi ? je ne sais pas. J'aimerais mieux être morte : je ne serais pas plus néant que je suis. »

L'idée de transformation corporelle s'ébauche : « Je suis là comme une masse. Quand je me regarde dans une glace je ne sais pas qui c'est. Je me dis que c'est un mannequin quelconque, que je suis un bâton qu'on aurait habillé ».

Notons ce trouble de la notion du temps.

« Les jours, les mois sont des années pour moi. »

Antécédents héréditaires : Père vivant, bien portant. Mère morte à 46 ans (pleurésie ?). Du côté maternel : éthylisme. Grand-mère paternelle neurasthénique. Un demi frère arriéré. Une cousine idiote.

Antécédents personnels : née à terme ; convulsions à 18 mois ; à 5 ans, opérée d'une hernie ; pas de retard dans le développement. Certificat d'Études supérieures à 12 ans. Certificat d'enseignement primaire à 18 ans.

Peu de temps après, crises de neurasthénie (céphalées violentes, pleurs, tristesses, vertiges, bouffées de chaleur).

Réglée à 18 ans.

A toujours été timide, scrupuleuse, rougissait facilement, en avait peur.

Mariée depuis 5 ans. Vie conjugale et sexuelle normale : 2 filles ; 3 ans 1/2 et 2 ans.

Varices pendant les grossesses.

Hémorragies abondantes au cours des deux accouchements. Depuis, 2 fausses couches dont la dernière provoquée il y a quelques mois.

Si l'on s'informe des réactions actuelles de la malade, on constate qu'elle s'occupe de son ménage et de ses enfants. Toutefois elle a fait trois tentatives ébauchées de suicide, dont l'une au gaz d'éclairage. Enfin notons quelques légères

interprétations qu'elle critique immédiatement : elle se demande si son état n'est pas une punition de Dieu à cause d'une fausse couche provoquée. On pourrait voir là l'ébauche de l'idée de damnation du délirant-mélancolique. Mais déjà, M^{me} W..., se met à sourire d'une « telle absurdité ».

Examen physique : A maigri de 8 kilogrammes depuis 4 mois ; Les règles sont diminuées, durent 2 jours au lieu de 8 ; Circulation périphérique déficiente ; Troubles vasomoteurs : alternance de pâleur et de rougeur de la face, dermatographisme ; T. A. : 8-13 ; Pouls : 80 ; B. W. négatif dans le sang ; Kahn : négatif ; Meinicke : négatif ; Urée sanguine sans excès ; Métabolisme basal diminué de 5 % ; Ponction lombaire : L. C. R. tension 33-22 ; Albumine 0,20 ; globuline (R. Pandey 0 ; R. Weihbrecht 0 ; leucocytes 0,2 ; Benjoin colloïdal 00000, 02221, 00000 ; B. W. négatif ; réaction de Meinicke : négatif.

Évolution : La malade a conservé, pendant plusieurs mois, cette impression d'être « le néant d'elle-même », d'avoir « perdu sa sensibilité ».

Entrée dans le service du professeur CLAUDE, elle y est restée jusqu'au mois de juillet. La malade avoue « ne s'être retrouvée elle-même » qu'au mois d'octobre.

Le 1^{er} février 1935, nous avons revu M^{me} W..., Elle préfère ne pas s'étendre sur les détails de sa guérison. Sa maladie est « un mauvais souvenir » « un état incompréhensible » qu'elle espère n'avoir plus à subir. Elle a repris son poste de concierge et la surveillance de ses enfants.

OBS. II (1). — Dans l'ascendance de M^{me} E. B..., on ne trouve rien de particulier.

Parmi ses antécédents collatéraux, signalons qu'une de ses sœurs est internée (?).

(1) Les éléments des observations II et III nous ont été communiqués par M. MALLET.

M^{me} E. B..., est âgée de 40 ans. Aucune maladie grave n'est venue entraver son développement. Son passé est celui d'une hyperémotive : elle a toujours été « sensible, impressionnable ».

Elle est mariée, a deux enfants dont l'un est âgé de 13 ans et l'autre de 16 ; tous deux sont bien portants.

M^{me} E. B..., avait 30 ans lorsque la maladie a débuté par un sentiment d'étrangeté des choses et de soi. Sans cause notable, elle éprouve une impression de « perte du moi » qui aboutit rapidement à un syndrome de dépersonnalisation pur et total. La malade a dû être placée en maison de santé, incapable d'entrer en contact avec son mari et ses enfants dont elle s'occupait jusque là avec une grande activité. Lors de la visite de son mari et des médecins, elle disait ne pas pouvoir évoquer la visite précédente et à de certaines périodes prétendait ne plus les reconnaître. Dans ces moments, la malade se présentait presque comme une confuse, sans phénomène sensoriel d'ailleurs. Voici quelques exemples des troubles qu'elle éprouvait :

Samedi 20 janvier 1934.

« J'ai l'apparence humaine. Je n'ai plus rien d'un être humain. Quand on ne peut jamais rien éprouver, quand on ne peut jamais rien retenir, quand on ne peut jamais rien ressentir, quand on ne sait plus, quand on ne peut plus aimer ou haïr, quand on ne peut jamais plus avoir aucun désir, pas plus celui de marcher que de manger, que de voir, entendre, sentir, quand on est un être complètement insensible, non seulement mentalement, sensoriellement mais encore physiquement, que reste-t-il à une malheureuse comme moi ? Rien, rien. »

« Morte vivante je suis, vivante morte je voudrais être. Car je suis aussi différente des gens normaux que si déjà morte vraie je le serais des vivants. »

« Aucun contact entre eux et moi. Est-il humain que les gens sachent qu'ils m'ont déjà regardée alors que moi, je ne

me les rappelle plus, qu'ils sachent que j'ai un passé, alors que je l'ignore, puisqu'il m'est impossible de savoir ce que je fais d'une minute à l'autre, aussi bien des années, des jours ou des mois. Peuvent-ils comprendre que les mots pour moi ne veulent rien dire, puisqu'ils ne correspondent à rien dans mon cerveau, n'évoquent rien, que je n'ai plus de moral, que je ne puis m'accrocher à rien, n'ayant plus rien derrière les yeux. »

« Lorsque je mourrai, il n'y aura rien de changé : c'est seulement mon corps physique qui sera supprimé. »

Mercredi 24 janvier.

« Je parle, j'écris : mon corps physique existe. J'ai l'apparence humaine et pourtant je ne suis pas un être humain puisque je ne puis vivre dans ce que les gens normaux appellent la réalité. Je ne jouis d'aucune faculté. Je souffre : c'est certain ; mais ma souffrance n'est pas explicable, elle ne peut être comprise. Je me demande de quelle sorte elle est : Physique ? Quelquefois ; morale ? je ne crois pas, n'en ayant pas. Nerveuse ? Je ne sais ! Je ne me sens pas, je ne me vois pas, je ne me représente pas, je n'existe pas et pourtant, sans avoir de passé d'aucun sens, ni de présent, je souffre. Cette souffrance est inhumaine. »

« J'écris, je parle. Donc je pense. Mais en réalité cela ne sert absolument à rien puisque j'écris, je parle sans voir, sans ressentir, sans éprouver, sans que rien n'éveille ni n'évoque rien de vivant si je puis dire, de vécu. »

« Ah ! comment expliquer ce que je voudrais dire ! Je n'ai pas de sentiments. Je ne peux évoquer pas plus un geste qu'un visage, que le goût d'une chose, la sensation d'un objet, le bruit de la voix de quelqu'un. Tous ces mots que j'emploie n'ont pas de correspondance dans mon cerveau. Je ne puis avoir ni regret, ni envie, ni désir : c'est impossible. Alors pourquoi cette horrible maladie m'a-t-elle laissé la possibilité de raisonner ? »

Vendredi 26 janvier.

« Je ne voudrais jamais que les gens viennent me regarder : c'est trop horrible, injuste, inhumain. Je ne veux pas rester matériellement vivante quand je suis morte mentalement, moralement, intellectuellement, sensoriellement. J'en ai assez, assez. Je ne veux pas continuer à savoir que les gens normaux peuvent aimer ou haïr, peuvent éprouver des sensations, peuvent exister, quand moi je n'en ai pas le désir parce que je n'en ai pas la possibilité. »

Dimanche 28 janvier :

« Comment exiger qu'un être aussi dénué de tout, comme moi, qui ne comprend plus rien, ni d'abstrait ni de concret, qui paraît-il n'est pas fou, comment peut-on exiger que cet être continue à vivre sans vivre, à être sans être, sachant que jours, semaines, mois, années passeront sans que rien ne laisse de traces.

Lundi 29 janvier :

« Mon cerveau vide de toute image, de toute représentation, bataille malgré cela sans arrêt. Et je puis dire qu'il n'y a pas une seconde où je ne souffre ; et pour cette souffrance je ne puis trouver aucun nom, car les mots dits par moi sont bien les mêmes que ceux que les gens peuvent dire : pourtant pour eux ils sont vivants, ils amènent des images, des représentations mentales, alors que chez moi ils ne déclenchent rien, si je puis dire, ils ne sont que des mots, des lettres assemblées qui n'éveillent et n'évoquent pas plus la mort que la vie.

« Les gens ont toujours dit que j'étais sensible, très sensible. »

Ici se placent quatre ou cinq pages où M^{me} E. B..., recherche les responsabilités. Elle a « toujours été très émotive ». Son entourage « aurait dû » la soigner à cette époque sans attendre l'état actuel. C'eût été une manière de « lui prouver son affection. »

Mercredi 31 janvier :

« Sans pouvoir évoquer mon passé, je souffre de ce passé : c'est difficile à expliquer, mais c'est pourtant la vérité. »

Jeudi 1^{er} février :

« Comment croire qu'une maladie aussi effarante, causée, j'en suis sûr, par une disposition, une faiblesse, une sensibilité exagérée puisse actuellement changer, alors que les causes ont existé réellement. Ces causes à force de faire travailler mon cerveau vide, je les connais et je voudrais les expliquer. Mais c'est si difficile, quand on n'a plus de sensibilité, quand on ne peut plus éprouver de sentiments. »

« Les gens s'accordent pour dire que j'étais une nature, un tempérament sensible, que j'étais affectueuse, sentimentale. Pourquoi ai-je alors vécu dans un mensonge perpétuel ? »

« On ne m'a jamais consultée en rien. Sans doute me trouvait-on inférieure, complètement en dehors de comprendre quoi que ce soit ; et mon caractère demandait une confiance absolue. On n'a pas eu d'affection pour moi. »

Samedi 3 février :

« Quelles difficultés j'ai pour écrire des choses qui, je le sais, sont exactes, vraies et que pourtant, il m'est impossible de revoir, de ressentir, de situer dans le temps. Comment expliquer que je sache tout cela sans le savoir ? »

« Mon cerveau n'arrête pas une seconde de travailler. Il m'est impossible de l'arrêter. Que je reste des heures sans parler, morte vivante parmi les vivants, que j'écrive, que je parle, que je lise, mon cerveau ne cesse de travailler ; dois-je dire il voudrait ou je voudrais (je ne sais) que les mots pensés, dits ou lus, vivent si je puis dire, qu'ils déclanchent en moi des images mentales de toutes sortes, des sensations, des sentiments. Mais rien, toujours rien. Pour moi, ces mots ne représentent même pas le néant, car le néant pour les gens normaux, doit représenter quelque

chose peut-être. Or, pour moi, le néant c'est rien, rien, le vide. »

« Ah, comme je voudrais expliquer que sans comprendre, je comprends encore trop. »

Mardi 6 février :

« Ma maladie est illogique, monstrueuse, contradictoire. Tout devrait en somme normalement, s'opposer à ce que j'ai cette horrible maladie, et tout en somme ce qui devait normalement s'y opposer, m'y a justement conduit. Une épreuve horrible m'a séparée de tout. A la suite de fatigues morales, physiques, je m'accrochais à ce qui m'a partiellement sauvée ; mes sentiments affectueux. Je n'ai jamais été guérie à la suite de cette cruelle épreuve qui m'avait atteint dans ma « personnalité ». J'ai vécu dans un état d'infériorité constante dont j'ai souffert cruellement. J'ai toujours su que j'allais à la déchéance, je ne savais pas laquelle, serait-ce la folie, la mort ? Personne, pas même ceux qui soignent, ne pourra savoir, ce que c'est que d'assister, impuissante, à sa propre déchéance. Chaque jour perdu, chaque jour sans que l'on puisse savoir ce que c'est que l'on a perdu. J'ai assisté impuissante à la mort de ma sensibilité. Chaque jour mon cerveau se vidait et en même temps je percevais moins mes sensations. Plus mon cerveau se vidait, plus ma colonne vertébrale se vidait, plus mon corps pourrais-je dire, se séparait de mon cerveau. J'ai assisté impuissante à ma mort mentale, sensorielle et nerveuse, sachant toujours que j'avais perdu et que je perdrais encore. »

« Il m'est aussi impossible de savoir que j'existe que de savoir que d'autres existent. Cet horrible état, inhumain, qui fait que morte-vivante, je ne le sois pas officiellement au point de vue de l'Etat Civil, ... que cette maladie soit à la fois physique, mentale, nerveuse, sensorielle, physiologique, biologique, qui fait que autrefois sensible, sentimentale, affectueuse, je sois actuellement insensible physiquement, moralement, nerveusement, sensoriellement, que

parce que j'avais trop de sentiment, je ne puisse désormais en éprouver aucun, d'aucune sorte. »

« Cette maladie a aussi sa philosophie : elle est effrayante ; car cette maladie dépasse l'imagination humaine qui fait que, sans avoir perdu la raison, je sois atteinte d'une maladie mentale. »

Jeudi 8 février :

« Je ne me représente pas mon corps, mes gestes. Je suis et je ne suis pas. »

Jeudi 15 février :

« Impossible d'écrire : mon cerveau travaille sans arrêt et il est vide, si vide...

Lundi 19 février :

« Il n'y a pas une minute où je ne puisse savoir que je suis dans ce triste état. Il me manque tout, et ce qui me reste ne sert qu'à me faire comprendre tout ce qui me manque.

« Aliénée je suis, mais il me reste la faculté de raisonner. Le raisonnement ! C'est horrible. Si cette faculté m'était enlevée, je serais alors folle. »

« Et je ne peux rien faire, pas plus pour empêcher que je le devienne, que pour faire en sorte que mon cerveau s'arrête, ou mon cœur, pas plus que je ne le puis pour pouvoir ressentir, éprouver ce que je pense, ce que je dis, ce que j'écris. »

« Ne rien savoir, ne jamais rien voir ! A quoi sert d'avoir cinq sens atténués au point qu'ils ne peuvent rien garder. Morte-vivante. Quelle mort que celle-là, plus horrible que la vraie. »

« Quand je partirai pour la vraie mort, je m'en irai sans rien savoir, ni rien voir, sans rien emporter. Néant pour néant, mort pour mort, il vaut mieux le vrai néant, la vraie mort, c'est plus logique et aussi plus humain. »

Cet état est resté à peu près stationnaire pendant une huitaine d'années avec une éclaircie de trois ans ayant permis un retour momentané dans la vie extérieure.

Depuis un an, M^{me} E. B... a repris une vie familiale plus complète. Il s'agit d'une rémission plutôt que d'une guérison, mais suffisante pour que la malade donne le change. C'est ainsi qu'elle s'occupe de son intérieur, de ses enfants. A quoi elle ajoute une fonction rémunérée comme l'exigent les circonstances matérielles. Aujourd'hui, sans tenir les mêmes propos, elle se plaint toujours, de ne pas avoir de représentations mentales, de n'être plus la même qu'auparavant.

L'examen physique de M^{me} E. B..., révèle aux membres inférieurs des varices importantes. Ptose viscérale (foie et estomac). Très mauvaise circulation périphérique, extrémités froides et cyanosées, T. A. : 7-10. Un examen de laboratoire révèle une tendance à l'alcalose.

OBS. III. — Dans les antécédents héréditaires de Mi..., on ne peut citer au point de vue psycho-pathologique qu'une grand-mère maternelle ayant fait à 70 ans, sans accès antérieur, une crise de mélancolie qui aurait duré 5 ans, jusqu'à sa mort. Le père de la malade est mort parkinsonien, sa mère est en bonne santé.

Mi... est âgée de 35 ans, fille unique, actuellement divorcée, sans enfant.

Jusqu'à 20 ans, rien à signaler dans ses antécédents personnels. Mais à partir de cet âge, Mi... a présenté des troubles gastriques, sans syndrome organique précis qui s'accompagnaient d'une sensation de fatigue générale sans rapport avec la cause. Cette cénestopathie durait depuis 7 ans lorsqu'un changement brusque se produisit : sédation complète de cette sensation obsédante qui n'a jamais réapparu dans la suite, malgré le régime alimentaire le plus fantaisiste, et apparition immédiate du syndrome obsédant actuel qui d'emblée, a pris les caractères que nous allons décrire et a évolué du sentiment de dépersonnalisation à l'obsession de négation.

Du jour au lendemain, Mi... éprouve des impressions étranges qu'elle traduit ainsi :

« Je perds mon moi, je me liquifie, je me vide cérébralement. »

Rapidement on arrive à l'état qu'elle décrit aujourd'hui et qu'elle présente depuis 8 ans, avec de très légères rémissions :

« Je n'ai plus de moi. J'ai tellement perdu mon moi, que je ne suis plus rien. Je ne suis rien ni physiquement, ni moralement : je promène une morte, je suis un morceau de chair qui traîne une pensée. »

« Me tuer ! Mais on ne tue pas une morte, on ne tue pas une pensée. Car je souffre, mais ce n'est pas « moi » qui souffre. Je ne suis qu'une pensée. Ma sensibilité est hors de moi. Tout ce qui est sensibilité à tous les points de vue est anéanti complètement. J'ai beau penser à quoi que ce soit : ce n'est pas avec une pensée qu'on fait un moi. Ma vie est faite de morceaux cérébraux que je me crée. »

« Je me suis fait un moi fictif, un être qui n'est pas moi. Je suis fausse des pieds à la tête. C'est comme une somnambule. Je ne fais pas corps avec les choses et les gens qui m'entourent. Il me manque toute une partie de mon être. »

« Je n'ai plus de conception de mon moral. Je n'ai pas non plus de représentations de mon moi physique. Si je suis fatiguée, je me sens les traits tirés ; mais quand je me retarde dans la glace, je ne me reconnais pas. Je me sens pâle ou rouge, mais quand je me vois c'est comme si j'étais quelqu'un d'étranger. Quand je parle, ça n'a aucun écho, aucune résonnance et je me demande d'où cela vient. »

« Je suis tellement rien, je suis si loin de ce que j'étais que je me demande, au cas où mon moi se recréerait si ce serait bien le mien avec mes sentiments, mes idées d'autrefois. »

« Aucun point de repère dans le passé : il y a un an ou 6 mois, je me vois sur le même plan de souffrance. »

« Je suis faite de chair, d'intelligence. Toute la partie sensible est morte. »

« Je me fais un moi. « Tu es une telle. » « Tu es une telle. » Mais quand je parle, il s'en va. Je suis une pensée qui marche seule, que ne fait rien vibrer, qui ne déclanche aucun écho, qui n'est plus dirigée par moi, qui est hors de moi cérébralement. »

« Je ne suis plus un être vivant. Je suis métamorphosée en corps pensant. Comment voulez-vous que je guérisse ; on ne recrée pas un être. »

Lorsqu'on interroge Mi... et qu'on lui demande si véritablement elle est morte, elle sourit et explique qu'elle est obligée d'user de métaphores pour décrire son état. D'ailleurs elle continue à avoir une vie sociale qui peut paraître normale.

L'examen physique de Mi... révèle des troubles circulatoires ; la malade se plaint d'avoir constamment les mains et les pieds « dans la glace ». On note en effet une mauvaise circulation périphérique : sa T. A. est de 10-7.

Ses règles sont réellement insuffisantes.

Présence de nombreux noevis.

Tendance à la kératisation cicatricielle.

Pas de troubles glandulaires nets : l'interférométrie sanguine n'a pas donné d'indications précises.

CHAPITRE II

LES SIGNES

I. — Ce que disent ces malades

Un point est à signaler. Jamais ces malades n'affirment la réalité des signes qu'elles dénoncent dans la forme même où elles le font. Autrement dit, elles éprouvent une très grande difficulté à décrire les troubles qu'elles ressentent ; et s'il leur arrive d'employer des expressions un peu forcées, c'est plus pour tenter de se faire comprendre que pour nous démontrer leur croyance dans les formules verbales qu'elles utilisent. C'est une manière de traduire leur malaise, un essai pour expliquer un état particulier. Dans chacune de leurs affirmations il y a un « comme si » sous entendu : leurs réponses à des questions précises d'une part, et d'autre part les contradictions de leurs dires en sont la preuve.

Avant d'envisager l'objet sur lequel portent ces troubles nous essaierons d'en préciser la modalité.

Ces troubles subjectifs ont pour caractère d'apparaître comme des ébauches d'idée de négation. Quel

que soit l'objet sur lequel elles portent, ces idées n'aboutissent que très rarement à une négation convaincue, c'est-à-dire délirante. Mais sur ce chemin, il y a place pour maintes formes dont un trouble dans l'apparence des objets, un certain côté artificiel, irréel des choses peuvent marquer le premier anneau d'une chaîne qui aboutirait à cette négation du vivant, à ce sentiment de mort dont tant se plaignent certains malades. Or, dès le point de départ, c'est un sentiment d'étrangeté que dénonce le malade, une impression que les choses, les gens sont différents, qu'un voile existe entre eux et le monde extérieur, qu'il y a un décollement d'avec la réalité, que les sensations et les perceptions ne sont plus aussi vives qu'elles étaient auparavant. Ce sentiment d'étrangeté entraîne un doute. Mille questions à résoudre qu'auparavant le sujet n'entrevoyait même pas, s'offrent à lui. Un doute se forme sur les problèmes les plus banaux qui constamment se posent à l'esprit normal et qui sont sans cesse résolus, avec la plus grande facilité, et vient entraver l'activité normale de la pensée. Il engendre des scrupules sur les moindres faits et gestes et des craintes de ne les avoir pas exécutés suivant la norme. Peu à peu s'ébauche l'idée de vide, de manque, de non-existence, de négation et de mort. L'impression d'anéantissement que fait percevoir au malade un changement d'état, lui donne la sensation de vide, de n'être plus entier, complet, que la vie s'est ralentie, atténuée, qu'il est devenu un personnage moins vivant, partant moins réel, que

ce trouble le rapproche de l'apparence de la mort, qu'il est comme s'il n'était plus, qu'alors il est donc un autre puisque cependant il sent certaines parties de lui-même vivre encore. Mais afin de mettre un peu d'ordre dans le champ où évoluent ces idées de négation, nous allons diviser l'objet sur lequel elles portent et partir du non-moi pour gagner le moi qu'arbitrairement l'on s'accorde à séparer en moi physique et moi mental.

I. — NON MOI

Le trouble peut varier de la simple impression d'étrangeté qui fait s'étonner le malade devant la conduite la plus banale, au sentiment de ne plus être en accord avec le monde extérieur. Lorsque E. B. affirme : « Aucun contact entre les vivants et moi » elle veut exprimer ce que W... dit plus précisément : « Quand j'embrasse mes enfants, c'est comme s'ils étaient en pierre. » C'est que le monde, les gens et les choses sont devenus étranges, ne sont plus ce qu'ils étaient, ne peuvent plus comprendre. Aussi M... explique-t-elle : « Je ne fais pas corps avec les choses et les gens qui m'entourent. »

L'impression de ne plus « coller avec les choses et les gens » peut aboutir soit à la non-reconnaissance de ces choses et de ces gens dont E. B. a donné un exemple dans les premiers temps de sa maladie, soit à l'impression que toutes les choses sont inanimées, que tous les gens sont morts, comme le dit une ma-

lade citée par M. JANET. Parfois le monde extérieur peut apparaître déformé dans son aspect : le malade a alors la sensation de voir les personnes à travers une atmosphère singulière, comme il verrait les personnages d'un rêve.

II. — MOI PHYSIQUE

Ici, les ébauches d'idées de négation se combinent étroitement aux idées de transformation corporelle sans qu'il soit possible de les dissocier. Les malades sont d'accord pour décrire une sensation de vide très particulière qui engendre une moindre résistance et un « affaiblissement des perceptions ». C'est ce qu'exprime E. B. lorsqu'elle dit : « J'ai assisté impuissante à la mort de ma sensibilité : chaque jour mon cerveau se vidait et en même temps je percevais moins mes sensations » et qu'elle ajoute : « À quoi sert d'avoir cinq sens atténués au point qu'ils ne peuvent rien garder. » De même W... décrit le début de sa maladie : « D'une minute à l'autre, ma tête s'est vidée : je n'avais plus que la parole en moi. » Et Mi..., précise : « Je me liquéfie, je me vide cérébralement. »

Ces impressions de vide sont souvent liées à ces sensations dont parle W... « sensations douloureuses qui partent de la cavité crânienne, descendent le long de la colonne vertébrale et aboutissent à la région rénale ». Ce vide entraîne une ébauche de transformation corporelle que dénoncent W... : « Je suis

méramorphosée, je n'ai plus aucun sens, j'ai le cerveau anesthésié » et Mi. : « Je suis métamorphosée en corps pensant. »

Alors apparaissent des idées d'anéantissement physique que Mi. décrit ainsi : « Ma sensibilité est hors de moi. Tout ce qui est sensibilité à tous les points de vue, est anéanti complètement. » Et la négation se forme : « Je suis faite de chair, d'intelligence : toute la partie sensible est morte » dit encore Mi., puis elle ajoute : « Je me suis fait un moi fictif, un être qui n'est pas moi... Il me manque toute une partie de mon être. » Une obsédée, citée par M. BARUK, dit : « Au moment de mes règles je suis comme perdue, je ne me sens plus. Il me semble alors que mon corps n'est plus à moi, mes mains, mes bras je ne les sens pas, je suis obligée de les toucher. Il me semble que je me sens m'envoler dans l'escalier (1). » Par instant, d'ailleurs, l'incertitude devient telle que W... s'écrie : « Je flotte dans l'espace, je ne sais pas qui je suis. »

Enfin voici le grand sujet de plaintes qu'expose Mi. : « Je n'ai plus de représentation de mon moi physique » et E. B. : « Je ne me représente pas mon corps, mes gestes », et sa conséquence : l'impression d'automatisme sur laquelle nos trois malades nous donnent des précisions.

E. B. dit : « Je parle, j'écris : mon corps physique existe. J'ai l'apparence humaine » et W... : « Pour les autres je continue à faire les mêmes gestes qu'autre-

(1) BARUK : « Les obsessions, » in *Progrès médical* 3 et 10 octobre 1931, p. 694.

fois... je ne suis plus la même, je suis devenue une poupée automatique. Cependant je me dis qu'il faut continuer à faire les mêmes gestes qu'auparavant pour sauver les apparences. »

Ainsi, ce côté artificiel, irréel de soi, ce sentiment d'être physiquement devenue autre, fictive même, « fausse des pieds à la tête, telle une somnambule », comme dit Mi., les malades veulent en trouver la preuve dans le miroir. C'est pourquoi W... explique : « Je suis là comme une masse ; quand je me regarde dans une glace je ne sais pas qui c'est. Je me dis que c'est un mannequin quelconque, que je suis là comme un bâton qu'on aurait habillé. » La même impression est décrite par Mi. : « Si je suis fatiguée, je me sens les traits tirés ; mais quand je me regarde dans une glace, je ne me reconnais pas. Je me sens pâle ou rouge, mais quand je me vois, c'est comme si c'était quelqu'un d'étranger. » Cette mise en doute de la réalité de son propre corps, Mi... en donne encore l'exemple en disant : « Il faut que je me tâte pour savoir si j'ai un corps, une figure. »

Ce qui advient aux gestes, à l'attitude, à l'aspect advient également à la voix. Mi s'étonne : « Quand je parle, ça n'a aucun écho, aucune résonance et je me demande d'où ça vient. »

Enfin, sur la nature étrange des douleurs qui les font se lamenter, alors qu'elles se prétendent sans sensibilité, E. B. nous donne quelques détails : « Je souffre, c'est certain : mais ma souffrance n'est pas explicable. Elle ne peut être comprise. Je me demande

de quelle sorte elle est ? Physique ? Quelquefois ! Morale ? Je ne crois pas : je n'ai plus de moral. Mentale ? Nerveuse ? Je ne sais ! Je ne me sens pas, je ne me vois pas, je ne me représente pas, je n'existe pas et pourtant, sans avoir de passé d'aucun sens, ni de présent, je souffre ; cette souffrance est inhumaine. »

Chez ces trois malades, on observe donc des idées d'étrangeté concernant la personne physique, caractérisées par une conscience d'une certaine transformation corporelle engendrée par une sensation de vide, d'anéantissement, d'automatisme pouvant aboutir à une ébauche de négation partielle ou totale du corps. A ce sujet, nous rappellerons le cas de cette obsédée qui, pendant plusieurs mois, a mis en doute la réalité physique de son bras droit dont cependant elle continuait à se servir, de telle autre qui discutait pendant des heures pour savoir si sa fonction de reproduction était encore réelle ou n'était plus.

III. — MOI MENTAL

Beaucoup plus riches sont les troubles relatifs à cette partie du moi. L'idée de négation s'y étend et peut imprégner successivement toutes les manifestations de la vie mentale. Arrêtons-nous aux plus apparentes.

C'est d'abord la plainte constante de ces malades qui traduit une négation de leur mémoire ; cette plainte est d'ailleurs fréquemment suivie d'un regret très vif du temps où elles étaient normales et dont

par conséquent elles ont le souvenir. « Je n'ai pas de passé dit E. B., pas de représentation de ce que j'ai été... Quand on ne peut jamais rien retenir... quand on ne sait plus... ne rien savoir... puisqu'il m'est impossible de savoir ce que je fais d'une minute à l'autre aussi bien que des années, des jours ou des mois, je ne peux invoquer pas plus un geste qu'un visage que le goût d'une chose, la sensation d'un objet, le bruit de la voix de quelqu'un. » Cette impression peut entraîner l'illusion du jamais vu dont parle encore E. B. : « Est-il humain que les gens sachent qu'ils m'ont déjà regardée, alors que moi, je ne me les rappelle plus. »

La négation porte au premier chef sur les sentiments : c'est qui fait dire à E. B. : « Je n'ai plus de sentiment. Quand on ne peut plus rien ressentir, quand on ne peut plus aimer ou haïr, quand on ne peut plus avoir aucun désir, pas plus celui de manger que celui de marcher... » et à W... : « Je n'ai plus d'âme. Je n'ai plus la faculté de rire : je ris sans avoir le sentiment. »

Cette négation engendre des idées d'irréalité, de « ne plus faire que semblant de vivre » et des impressions de néant, de rien. « Mon esprit est éteint, dit W... J'aimerais mieux être morte : je ne serais pas plus néant que je suis ». De même E. B... se plaint : « Je n'ai plus de moral, je ne puis m'accrocher à rien, n'ayant rien derrière les yeux... je ne veux pas rester matériellement vivante quand je suis morte mentalement... Il m'est aussi impossible de savoir si j'existe que de savoir que d'autres existent. » et Mi. précise : « Je n'ai plus de moi, j'ai tellement perdu mon moi,

que je ne suis plus rien... Je ne suis rien ni physiquement ni moralement, je suis le néant de moi-même... Je ne suis qu'une pensée. »

Ces impressions aboutissent au sentiment de mort. E. B... se lamente : « Je suis une morte vivante... Lorsque je mourrais, il n'y aura rien de changé : c'est seulement mon corps physique qui sera supprimé... Morte vivante. Quelle mort que celle-là, plus horrible que la vraie ! » ; W... s'écrie : « J'ai l'impression d'être mort » ; et Mi... se désole : « Je promène une mort. » Cette impression va d'ailleurs assez loin, puisqu'elle provoque cette réponse : « Me tuer ! Mais on ne tue pas une morte ! »

Ainsi, l'idée du moi apparaît dissociée. Elle devient prétexte à une reconstitution qui s'avère impossible. Aussi Mi... nous explique : « J'ai beau penser à quoi que ce soit : ce n'est pas avec une pensée qu'on fait un moi... Je ne suis tellement rien, je suis si loin de ce que j'étais que je me demande au cas où mon moi se recréerait si ce serait bien le mien, avec mes sentiments, mes idées d'autrefois. »

Néanmoins, cette négation du moi qui va jusqu'à faire écrire à E. B. parlant d'elle : « Dois-je dire il voudrait ou je voudrais (je ne sais) que les... » conduit Mi... à se créer un moi nouveau pour remplacer celui qu'elle a l'impression de ne plus avoir. Mais ce moi fictif est très fragile puisqu'après s'être répétée constamment : « Tu es une telle, tu es une telle » Mi... se plaint : « Quand je vous parle, il s'en va. »

Mi... d'ailleurs ne nie pas l'existence de sa pensée.

Au contraire, c'est la seule chose qui lui reste, dont elle soit véritablement sûre, mais dont l'insuffisance ne lui échappe pas : « Je n'ai plus que ma pensée... je ne suis qu'une pensée ...Je suis métamorphosée en corps pensant... je suis une pensée qui marche seule... qui ne fait rien vibrer... qui ne déclanche aucun écho... qui n'est plus dirigée par moi. » C'est ici qu'apparaît encore cet automatisme dont nous avons déjà parlé plus haut.

E. B... s'inquiète aussi de sa « pensée » : elle lui dénie toute valeur, toute utilité : « J'écris, je parle, donc je pense . Mais en réalité cela ne sert absolument à rien puisque j'écris, je parle sans voir, sans ressentir, sans éprouver, sans que rien n'éveille ni n'évoque rien de vivant, si je puis dire de vécu ...je ne peux pas plus évoquer un geste qu'un visage... »

Quant à W... elle se contente de faire observer que « sa pensée ne correspond plus à sa parole ».

Ainsi, à la base de toutes ces impressions, on retrouve une sorte de décoloration affective qui vient effacer en quelque sorte le relief des représentations mentales. Les mots eux-mêmes paraissent à E. B. décolorés : « Peuvent-ils (les autres) comprendre que les mots pour moi ne veulent rien dire, puisqu'ils ne correspondent à rien dans mon cerveau, puisqu'ils n'évoquent rien... tous ces mots que j'emploie n'ont pas de correspondance dans mon cerveau. »

De même la notion de temps s'altère en fonction de cette décoloration et donne une manière d'équivalent

dans le domaine obsédant des idées d'immortalité du délirant. W... dit : « Les jours, les mois, ce sont des années pour moi » et Mi... : « Aucun point de repère dans le passé, il y a un an ou six mois, je me vois sur le même plan de souffrance... » Un obsédé cité par M. MALLET, se plaint : « Il m'arrive une chose qui n'a pas de nom, qui est l'infini. Le temps est remplacé par le vide. Le futur est déterminé infailliblement par le présent ; les points de repère ne donnent plus. »

La notion d'espace se perturbe également : « Il m'arrive des moments où je ne sais plus exactement où je suis » dit E. B. et W... : « Je flotte dans l'espace, je ne sais pas où je suis. »

Tout cet ensemble de doutes, d'impressions étranges, de craintes, de négations pose au malade le problème de l'existence même. Il engendre cette impression limite d'être ou de ne pas être. C'est ce qu'E. B. traduit : « Je suis et je ne suis pas », ce qu'autrefois Amiel avait décrit : « Je suis comme n'étant pas. »

Quoi qu'il en soit, tous ces troubles provoquent une activité désordonnée de l'esprit dont sont conscientes nos malades, activité qui d'ailleurs succède à une torpeur dont se plaint W..., et qui peut aboutir au mentisme. E. B. se lamente souvent : « Mon cerveau vide de toute image, de toute représentation, bataille malgré cela sans arrêt... Mon cerveau ne cesse pas une seconde de travailler ; il m'est impossible de l'arrêter. »

Enfin, il est un caractère sur lequel il est indispensable d'insister : c'est la conscience que ces malades

ont de leur état. Les troubles plus ou moins complexes qui font l'objet de leurs plaintes, W..., E. B... et Mi..., les critiquent tout en les subissant. Elles ont l'impression d'une différence entre ce qu'elles étaient et ce qu'elles sont devenues, entre ce que sont les autres et ce qu'elles sont elles-mêmes. Ainsi dit E. B. : « Morte vivante je suis, vivante morte je voudrais être. Car je suis aussi différente des gens normaux que si déjà morte vraie je le serais des vivants. » Cette conscience d'une différence va jusqu'à celle de leur maladie même. C'est encore E. B. qui s'étonne : « Alors, pourquoi cette horrible maladie m'a-t-elle laissé la possibilité de raisonner... Ma maladie est illogique, monstrueuse, contradictoire. ... Cette maladie dépasse l'imagination humaine qui fait que sans avoir perdu la raison, je sois atteinte d'une maladie mentale... Aliénée je suis, mais il me reste la faculté de raisonner... Si je la perdais, alors je serais folle... J'ai assisté à la mort de ma sensibilité... ».

II. — Ce que sentent ces malades

Derrière ces plaintes que dénoncent les malades on peut se demander ce qu'il y a d'objectif.

Entre la sensation de fatigue qui fait dire à un individu parfaitement normal : « Je n'ai plus de jambes » et la sensation qu'éprouve un amputé, il y a place pour une quantité infinie de troubles où il est difficile de préciser et le rôle du langage et le rôle de la causalité morbide.

Néanmoins, M. JANET écrit que « sans doute les troubles précédemment étudiés, obsessions, agitations, etc... sont en rapport avec des troubles des fonctions cérébrales, mais qu'ils constituent surtout des troubles psychologiques. Il faut placer, à côté, des troubles des fonctions physiologiques du système nerveux, troubles encore peu connus, mais qui serviront sans doute plus tard pour interpréter les précédents, » et encore « Le plus souvent un examen attentif révélera une foule de troubles physiologiques qui font de l'état psychasthénique une maladie de l'organisme. On ne saurait trop insister sur ce point essentiel : les obsédés par leur bavardage, la description interminable de leurs pensées extraordinaires, détournent le médecin de l'examen organique qui ne devrait jamais être négligé » (1).

Or si l'on se livre à cet examen, si l'on veut rechercher l'atteinte physiologique du système nerveux et les perturbations dynamiques (H. CLAUDE) (2), qu'elle entraîne, on se heurte à bien des difficultés, car les travaux de psycho-physiologie ont assez peu avancé depuis 1903. M. JANET qui reconnaît avoir étudié 300 malades dépersonnalisés, déclare n'avoir rien trouvé d'objectif dans leur examen. Mais est-ce une raison pour rejeter une telle recherche : nous ne croyons pas.

(1) JANET. Les obsessions et la psychasthénie. Alcan 1903, p. 398.

(2) CLAUDE. Remarques sur quelques essais de physiologie en psychiatrie, in *Biologie médicale* XXIII, n° 2, 1933.

Le problème revient à se demander si le sentiment de dépersonnalisation repose sur un trouble fonctionnel. A ce propos il y aurait peut-être intérêt à rapprocher de ces diminutions ou augmentations d'acuité dans les sensations ou les sentiments dont se plaignent les dépersonnalisés, les troubles qu'engendrent d'une part certaines lésions neurologiques et d'autre part certaines intoxications par la mescaline.

La physiologie du cerveau peut-elle déterminer la base de ces sensations générales, de ces sentiments vitaux qui constituent en partie l'affectivité ? De nombreuses recherches ont été entreprises et ont abouti à l'étude de la région thalamique. Le thalamus serait le régulateur des trajets sensoriels qui, de la périphérie gagnent l'écorce cérébrale en le pénétrant. Notons le voisinage des ganglions moteurs de la base du cerveau, corps strié, corpus pallidum, et les rapports de cette région avec le système nerveux végétatif. Les théories sur la fonction physiologique du thalamus, qu'elles soient de L. R. MÜLLER, de HEAD, ou d'autres, le considèrent comme la région cérébrale où les sensations reçoivent leur tonalité et leur coloration affective, où se forment la douleur corporelle et le sentiment de plaisir.

La clinique semble d'ailleurs confirmer ces hypothèses. Aussi HEAD fait-il observer qu'à la suite de lésions en foyer du thalamus, on trouve « non seulement des troubles de la sensibilité comme tels, mais aussi une tendance à réagir d'une façon exagérée aux excitations désagréables, sans que le seuil de la sensi-

bilité aux excitations douloureuses fut abaissé ; la même douleur étant plus douloureuse du côté malade » (1). Les observations citées à l'appui sont d'ailleurs curieuses : Un malade ne pouvait pas se rendre à la place qu'il occupait habituellement au Temple, parce qu'il ne pouvait pas supporter le chant sur son côté malade ; un autre malade assistant à un service de commémoration à l'occasion de l'anniversaire de la mort d'Édouard VII, avait éprouvé, dès que le chœur avait commencé de chanter, un sentiment terrible du côté malade, toute sa jambe s'en étant montrée fortement impressionnée et ayant commencé à trembler. Un autre malade expliquait : « J'éprouve un besoin irrésistible d'appliquer ma main droite sur la peau tendre d'une femme. La main droite éprouve toujours le besoin d'être consolée. On dirait que, par mon côté droit je recherche toujours la sympathie... ma main droite semble plus artistique. » Et HEAD en arrive à formuler ainsi sa conception sur sa fonction thalamique : « Nous croyons donc que le thalamus, organe d'une importance essentielle, constitue le centre conscient pour certains éléments de la sensation. Il réagit à toutes les excitations capables de provoquer le plaisir ou le malaise et la conscience d'une modification de l'état général. Le ton affectif des sensations somatiques ou viscérales est un produit de l'activité thalamique. »

Cependant, « l'étude des phénomènes d'anosognie, d'algo-hallucinoïse, d'apraxie, du sommeil normal et

(1) IN KRETCHMER : *Psychologie médicale*, Payot, 1927.

provoqué aboutit aux notions « du modèle postural » de HEAD, du « schéma corporel » de SCHILDER, de « l'image de soi » de Van BOGAERT. Déjà MEYNERT et WERNICKE avaient considéré que « le sentiment de notre propre corporalité » doit reposer, en dehors des sensations, sur une notion plus globale de l'ensemble de nos fonctions, indépendantes des sensibilités cutanées et profondes, qui joueraient quoique inconscientes, un rôle important dans la conscience que chacun a de soi... A la base de ces perturbations du « schéma corporel » Van BOGAERT envisagerait une lésion du sillon inter-pariétal lui-même en relation physico-pathologique importante avec les lésions thalamiques dont nous savons le rôle dans la fonction du sommeil et dans certains syndromes sensitifs » (1). N'oublions pas qu' « entre la cause et la lésion, entre la lésion et les symptômes s'interpose constamment le trouble d'une fonction d'abord minime, longtemps discrète, dont nous ne tenons aucun compte hors le cas d'allure clinique grossière. C'est le trouble de la fonction... qui cliniquement fait la maladie » (2).

MAYER-CROSS en particulier a étudié à la suite des empoisonnements par la mescaline, alcaloïde du peyotl, des troubles curieux dont nous empruntons la description à Kretschmer. « On observe notamment à la suite de ces empoisonnements 1^o des changements du degré d'intensité des impressions sensorielles, avec exaltation de la susceptibilité pour les différences les

1() R. MALLET, *La démence*, Armand Colin 1935.

(2) R. LERICHE, *Presse médicale*, 11 octobre 1933, p. 1577, sqq.

plus minimales et les nuances les plus exquises ; les impressions ordinaires semblent plus intenses, les impressions intenses deviennent éblouissantes lorsqu'elles sont lumineuses, d'une sonorité exagérée à l'excès lorsqu'il s'agit d'impressions auditives. Le monde ambiant apparaît inondé de lumière, ensoleillé, plein d'harmonie, rempli de couleur et d'une plasticité exquise, débordant d'expression ; chaque détail revêt une importance extraordinaire ; les visages qu'on rencontre ont des traits accentués comme ceux des acteurs ; à la phase opposée le sujet devient inaccessible aux impressions, croit se mouvoir dans une atmosphère de froid, de vide, d'uniformité. On le voit : il s'agit encore de changement de la tonalité affective immédiate, de changement de ce qu'on peut appeler la couleur affective propre des sensations, c'est-à-dire de phénomènes analogues à ceux qui s'observent à la suite de lésions du thalamus. 2^o En deuxième lieu les empoisonnements par la mescaline produisent de graves perturbations dans la perception des mouvements, comme dans la cécité psychique, consécutive à des lésions du lobe occipital : les mouvements accomplis par les hommes apparaissent au sujet intoxiqué par la mescaline ou solennellement ralentis ou exagérément vifs, la perception portant, d'ailleurs, non sur le mouvement en voie d'accomplissement, mais sur le mouvement déjà accompli, sur le changement de place déjà effectué ; ces troubles de la perception des mouvements provoquent, à leur tour, des perturbations dans les expé-

riences psychiques portant sur l'espace et le temps. 3^o Les intoxiqués par la mescaline présentent, en outre, des synesthésies très étendues, c'est-à-dire que l'excitation d'un domaine sensoriel met en branle d'autres domaines sensoriels. En entendant certains sons, le sujet croit voir certaines couleurs, le moindre contact provoque une douleur. En entendant aboyer un chien le sujet croit voir vaciller la lumière de sa chambre ; certains bruits suffisent à transformer la coloration d'un paysage. »

Ainsi il est intéressant de constater que certains troubles rappelant certains symptômes présentés par nos malades aient été observés en rapport soit avec une lésion réelle, soit à la suite d'une imprégnation de l'organisme par une substance particulière. Mais il est aujourd'hui difficile d'affirmer quoi que ce soit. Notons seulement que d'une part les expériences qui consistent à badigeonner au collodion le dos d'un malade qui prétend ne plus en avoir et qui cependant demande aussitôt qu'on lui enlève cette carapace, ne nous paraissent pas concluantes, et que d'autre part le fait qu'on ne trouve pas actuellement de troubles objectifs de la sensibilité chez ces malades en rapport avec des lésions neurologiques ne s'oppose pas à ce que l'on envisage ici un trouble fonctionnel dont le dépistage nous soit encore inconnu.

III. — Ce que sont ces malades

N'importe quel trouble mental doit, pour éclater et se développer, trouver un milieu qui lui soit favorable. L'étude de ce milieu pose le problème du terrain qu'on peut envisager sous un double aspect : le terrain physique ou constitution, et le terrain mental ou tempérament.

I. — TERRAIN PHYSIQUE

On peut observer chez les obsédés en dehors des périodes d'accès un ensemble de troubles organiques dont chacun pris séparément n'est pas spécifique de la maladie, mais dont la simultanéité peut orienter vers la notion de terrain.

Les troubles circulatoires sont caractérisés par une hypotension artérielle avec altération de la circulation périphérique, stase veineuse, refroidissement des extrémités, rougeur de la face puis pâleur, instabilité vaso-motrice, présence de varices.

Les troubles digestifs tels que l'aérophagie et les anomalies du dynamisme intestinal sont accompagnés de ptoses viscérales, de hernies fréquentes.

Tous ces troubles que l'on rencontre constamment chez l'obsédé peuvent être en partie rapportés à une asthénie du tissu musculaire lisse, à cette « dystrophie du tissu » élastique qu'avait signalée KLIPPEL, à la « léiasthénie » de MM. LOEPER et BAUMANN.

Les manifestations d'éréthisme nerveux sont la

règle : les réflexes vifs, les insomnies fréquentes, enfin les crises d'angoisse avec tachycardie, dyspnée, sueurs et anxiété correspondante.

La fréquence des algies qui parfois atteignent des paroxysmes est connue. Les rachialgies et surtout les céphalalgies sont les plus constantes. Ces dernières revêtent soit le type migraineux, avec hémicranie, nausées et malaises généraux, soit le type diffus caractérisé par une douleur sourde, en casque, qui simule l'engourdissement, nullement calmée par les cachets anti-névralgiques dont abusent ces malades. Ces troubles peuvent se traduire par une sensation de tiraillement, de picotement, de vide, d'écoulement, « que quelque chose remue... »

Sans qu'il soit aisé de préciser les troubles du déséquilibre neuro-végétatif, on peut dire qu'il y a dysfonctionnement. Les variations du réflexe oculo-cardiaque, des réactions intra-dermiques ne permettent pas de dire d'une manière générale s'il s'agit d'une sympathico ou d'une vagotonie.

De même en ce qui concerne les troubles endocriniens. HALLION, PERRIN ont attiré l'attention sur les perturbations hypophysaires et leur retentissement sur la cénesthésie. Notons chez les femmes un dysfonctionnement ovarien, une dysthyroïdie fréquente.

Le facteur humoral semble actuellement se préciser. La fréquence des accidents d'intolérance est constante chez l'obsédé. On a même pu noter des manifestations alternativement physiques et psychiques. Tel fait une poussée d'eczéma qui guérit au moment

où apparaît un accès obsédant. Ainsi une dermatose peut-elle jouer dans une certaine mesure le rôle d'équivalent d'une obsession. Signalons encore la fréquence des poussées urticariennes, des prurits sine materia, des manifestations papillomateuses.

Les examens de laboratoire permettent de déceler chez l'obsédé des modifications de la réserve alcaline : l'alcalose (LAIGNEL-LAVASTINE) (1), l'augmentation du taux du potassium et l'abaissement du taux du calcium (MONTASSUT et DELAVILLE) (2). M. MALLET fait observer que « sans en tirer de conclusions, le terrain cancéreux se caractérise aussi par le pH alcalin, l'abaissement du taux du calcium et que réciproquement, chez l'obsédé on remarque une tendance à la prolifération cellulaire cutanée : papillomes, naevi multiples, kératisations cicatricielles » (3).

Enfin on a depuis longtemps insisté sur l'influence d'un facteur infectieux, héréditaire le plus souvent, dont la syphilis est l'agent le plus fréquent. M. LAIGNEL-LAVASTINE (4) note qu'on rencontre constamment chez l'obsédé des manifestations d'hérédospécificité, telles que les tubercules de Carabelli, la tendance vagotonique, le spina bifida occulta.

(1) LAIGNEL-LAVASTINE et CORNELIUS, *Presse médicale* 1925, p. 1521.

(2) MONTASSUT, DELAVILLE et M^{lle} PRESSEL, *Etc.* XXV, 1930, p. 471-474.

(3) R. MALLET. Le terrain organique de l'obsession, in *Progrès médical*, n° 23, 8-juin 1935, n. 1002.

(4) LAIGNEL-LAVASTINE. L'obsession, caractères récessifs souvent hérédosyphilitiques, in *Revue d'Anthropologie*, janvier 1933, p. 101-109.

2. — TERRAIN MENTAL

Au point de vue mental, l'obsédé est d'un tempérament émotif dont DUPRÉ a décrit les caractères.

Dès l'enfance le futur obsédé a des peurs nocturnes, des timidités insurmontables, des craintes injustifiées. Puis le fonds mental se construit qui témoigne d'un état constant d'insécurité sur lequel éclate fréquemment la manifestation mentale la plus apparente de cette hyperémotivité ; l'anxiété. Les dispositions pantophobiques, les pressentiments, les sentiments d'incapacité, d'impuissance, de timidité se mêlent à un certain goût pour les choses tristes, à une tendance à l'hypocondrie, à une très grande suggestibilité, à une plasticité psychique assez fréquente.

Nous rejoignons ici ce que M. JANET a appelé les stigmates de la psychasthénie : cette perte de la fonction du réel, cette baisse de la tension psychologique, ces sentiments d'incomplétude. On retrouve là une sorte d'hypotonus psychique, une asthénie mentale parallèle à cette asthénie physique, à cet hypotonus somatique qu'on observe constitutionnellement chez l'obsédé. M. MALLET à ce propos écrit : « Si le psychasthénique est un hyperémotif, s'il est timide, renfermé, impressionnable, scrupuleux, inquiet, c'est qu'il se tient toujours en quelque sorte sur la défensive : il a peur de ses réactions et il a raison puisqu'il éprouve des réactions anormales. L'angoisse l'étreint au moindre choc : il a des réactions vaso-motricées désordonnées,

rougeur de la face, pâleur, sueurs etc... Tous ces malaises physiques ont un retentissement mental : on les dit fonctionnels parce qu'ils ne s'accompagnent pas de signes objectifs auxquels ils sont liés, la fonction paraissant seule en cause, non l'organe. Parallèlement la fonction intellectuelle se trouble : des associations se créent entre le malaise physique et l'image mentale, des polarisations affectives, déviées s'établissent, des automatismes s'installent contre lesquels la volonté est impuissante. »

Enfin ce fonds mental peut favoriser le déclanchement des « phénomènes pathologiques sous basse-tension » dont parle M. BARUK et donner naissance à des sentiments de fausse reconnaissance, de désorientation et de pseudo-hallucination. Quant aux conflits affectifs sexuels ou autres, aux complexes d'infériorité, au processus de narcissisme, aux luttes entre le moi et l'idéal du moi, aux modalités du refoulement, la moindre analyse psychologique peut en déceler l'existence. Sans préciser d'une manière catégorique le déroulement de la causalité, il est évident qu'il y a une constante intrication entre les mécanismes de la pensée et le contenu même de la pensée. Qu'il y ait donc une latence de conflits affectifs dont l'éclosion n'attend qu'un fléchissement du contrôle pour se réaliser et dont l'issue sera en fonction de la résistance mentale du sujet, il n'est personne pour le nier. La question est de savoir si sur le plan étiologique on doit attacher une telle importance aux altérations de la libido : c'est ce que nous étudierons plus loin. Signa-

lons là encore l'importance capitale de l'hérédité psycho-pathologique dont HARVEY et PASKIND ont encore dernièrement donné une démonstration (1).

(1) HARVEY et PASKIND « Heredity of Patients with psychasthenia », *Arch. of Neurol. and Psychiatria*, vol. 29, juin 1933, p. 1305.

CHAPITRE III

LES THÉORIES

Avant d'aller plus loin, il nous semble nécessaire de « situer » les trois observations que nous avons décrites et dont nous avons très objectivement détaché les principaux signes. Ces derniers portent au premier chef, sur l'impression que l'individu a de soi et traduisent un état où la notion perturbée de personnalité joue le principal rôle. Sa manifestation la plus apparente dénonce d'abord un doute, puis une ébauche de négation plus ou moins convaincue de la réalité du moi.

Aussi, nous apparaît-il qu'il y a lieu de placer ce trouble au carrefour où se rencontrent les idées de négation, les obsessions et la dépersonnalisation et d'en entreprendre rapidement le triple historique.

I. — Idées de négation

Les idées de négation dont l'étude permet d'infirmar la formule de SCHOPENHAUER d'après laquelle « la santé des organes s'affirme par leur négation

même », se manifestent dans bien des formes de maladies mentales. Qu'il s'agisse des négations de la sénilité démentielle, de la démence précoce, de la paralysie générale ou de tout autre délire mélancolique ou hypocondriaque on voit ce thème prendre des aspects très variés.

Aussi les traces que l'on en trouve dans la littérature médicale depuis la folie d'opposition de GUISLAIN jusqu'à la Démonomanie de KRAFFT-EBING en passant par l'œuvre de LEURET, d'ESQUIROL, de PETIT, de MACARIO, de MOREL, de BAILLARGER sont-elles la preuve que les idées de négation des malades n'ont pas passé inaperçues.

Mais c'est COTARD qui, par une série de communications et d'articles parus entre 1880 et 1891 a attiré l'attention sur un syndrome où les idées de négation revêtent un caractère très particulier et qu'il avait observé dans certaines formes de mélancolie. Sous le nom de délire des négations il décrit en effet un ensemble de symptômes dont les caractères, accompagnant l'anxiété mélancolique qui est à la base, peuvent s'énoncer : idée de négation et de possession, propension au suicide et aux mutilations volontaires, idée de non-existence ou d'obstruction de divers organes, du corps entier, de l'âme, idée de ne pouvoir jamais mourir et enfin manifestations analgésiques. En réalité, il y avait plus qu'une simple négation dans le thème délirant de tels malades. Le mélancolique après avoir nié l'existence du monde extérieur, ou celle de son corps, ou d'une partie de celui-ci en arrive

à penser qu'à la place de ce qui était, quelque chose s'est formé. Ses organes lui semblent avoir un autre aspect, une autre composition, une proportion nouvelle. Et l'on peut aboutir ainsi à des idées de changement somatique. De plus, certains malades se disant morts et continuant cependant à éprouver des douleurs dont ils n'entrevoient pas la guérison, finissent par se croire immortels puis damnés.

Ainsi, à la négation primitive s'ajoutent des idées de transformation corporelle dont le caractère peut être l'occlusion, l'énormité, le rapetissement, la multiplicité, la vacuité, la diaphanéité, la désagrégation, la liquéfaction, la putréfaction, pouvant entraîner des idées d'immortalité et de damnation.

Pour COTARD, ce syndrome serait une complication venant se greffer sur la forme anxieuse de la mélancolie, et dans la mesure où il en a ébauché la pathogénie, résulterait une perte de la vision mentale.

Parallèlement à ces travaux, M. SÉGLAS, à partir de 1887 étudia ces divers symptômes et pour les différencier de ceux que l'on retrouve dans les délires de persécution, fit observer que les idées de négation du mélancolique sont toujours secondaires, ayant leur origine dans des modifications de la personnalité. Ce sont des troubles de la sensibilité interne viscérale qui constituent pour SÉGLAS, le point de départ des idées de damnation hypocondriaques dont la cause doit être recherchée dans une perturbation de la synthèse des sensations brutes.

Enfin, en 1892, au Congrès de Blois, CAMUSET fit

un rapport sur le « délire de négation » qui, sur la proposition de Régis devint alors « le syndrome de COTARD » et donna lieu à toute une série de travaux dont il serait sans très grand intérêt de dresser la liste, mais dont cependant il est indispensable de citer l'un d'entre eux : la thèse de Jules Ferdinand COTARD, parue en 1904.

Nous aurions pu étudier aussi les idées de négation dans d'autres maladies si notre dessein n'était de ne les préciser justement qu'en ce qu'elles forment le thème essentiel d'une obsession dont le contenu rappelle celui du délire de COTARD. Aussi pensons-nous rester plus directement dans notre sujet en parcourant rapidement l'évolution des théories relatives aux obsessions.

II. — Obsessions

Entre l'acception que le sens commun attribue au mot obsession et celle qu'on lui octroie en psychopathologie, il y a plus qu'une différence de degré. Arrêtons-nous néanmoins à quelques paliers de cette hiérarchie, et d'abord à ces « involontaires sensations » dont Alfred de VIGNY, le 3 août 1830, donne une description très précise sur un feuillet encore inédit de son journal intime (1).

« Il y a une douloureuse disposition de l'âme qui n'a jamais été représentée par aucun écrit. C'est la

(1) Nous remercions vivement M. Fernand BALDENSPERGER, Professeur à la Sorbonne, de la bienveillance avec laquelle il nous a communiqué cette page inédite.

facilité d'imprévision qui fait que l'on conserve, malgré soi dans le cerveau, l'image d'un tableau ou la mélodie d'un air. Souvent, lorsque je marche par les rues, je suis importuné par un air qui me poursuit ; mes pieds prennent malgré moi la mesure de cet air, et je ne puis le suivre. Il n'entrave pas mes idées, mais il les accompagne et leur sert de basse continue, bourdonnant comme une marche importune. Si les idées s'interrompent, arrive le désir de retrouver la fin de l'air. On a honte de sentir ce mouvement en soi, à travers des occupations graves et des chagrins profonds. »

Chacun de nous a éprouvé ces « sensations » qui poursuivent notre esprit, ces images qui l'assiègent, ces souvenirs qui l'obsèdent. Notons ce « malgré soi », ce « qui n'entrave pas les idées » ce « dont on a honte » et avançons un peu.

Pensons à cet inventeur qui imagine une quelconque découverte. Entre la conception du projet et sa réalisation incertaine il va s'écouler un temps pendant lequel « l'idée » préoccupe constamment l'inventeur. Cette idée qui est l'aboutissant de ses désirs, qui cadre avec sa personnalité va prévaloir sur les autres idées. Elle va créer une polarisation qui, sans entraver le cours normal de la pensée, peut en modifier l'élaboration. Et le langage courant résumera cette situation en disant que notre inventeur est obsédé par son idée, jusqu'à ce qu'elle ait été réalisée.

Mais supposons que le moyen de la réaliser échappe à l'inventeur. Cette idée l'assiège toujours bien qu'il

veuille diriger ailleurs son activité, elle se prend au piège, s'isole de l'ensemble et provoque une lutte dont le sujet n'est pas toujours le maître. Nous dirions que cet homme a une idée fixe si M. Paul VALÉRY n'avait écrit à l'usage des médecins « qu'une idée ne peut pas être fixe. Peut être fixe (si quelque chose peut l'être) ce qui n'est pas idée. Une idée est un changement — ou plutôt un mode de changement — et même le mode le plus continu du changement... Cette idée acquiert — ou reçoit — d'abord la propriété de paraître plus souvent qu'à son tour. Votre « idée fixe » n'est qu'une idée favorisée — pipée —... elle gagne neuf fois sur dix à la roulette... Enfin disons provisoirement que cette idée... obsédante... — et non fixe — est... comment dire ?... excusez-moi... est omnivalente » (1).

Nous sommes là à la limite où le pathologique chevauche le normal. Franchissons-la.

Le problème des obsessions a été posé de bien des manières au cours de ces quarante dernières années. C'est en effet à la fin du XIX^e siècle que les obsessions dont la première observation a été publiée en 1890 dans les *Annales Médico-psychologiques* par LADAME, ont pris place dans la nosologie psychiatrique.

Mais auparavant les auteurs n'avaient pas été sans remarquer un tel trouble. Déjà ESQUIROL avait décrit la monomanie raisonnante, TRÉLAT avait parlé de folie lucide, FALRET, de manie sans délire, puis de

(1) Paul VALÉRY. *L'idée fixe*, N. B. F. 1934.

folie avec conscience, LEGRAND DU SAULLE, de folie du doute. MOREAU DE TOURS, PINEL, BAILLARGER, LITTI versèrent quelques pièces au dossier.

En 1886 MOREL donna la première description des obsessions sous le nom de « délire émotif » et montra ainsi le chemin à tout un courant d'idées qu'illustrèrent BERGER avec sa névrose émotionnelle, FREIDENREICH, Charles FERÉ, SÉGLAS, BALLET, DALLEMAGNE, FREUD avec sa névrose d'angoisse, enfin PITRES et RÉGIS qui, au Congrès de Blois de 1900 reprirent la théorie de MOREL et décrivirent les caractères des obsessions : à savoir qu'elles se manifestent chez des sujets prédisposés, qu'à leur base on trouve toujours de l'anxiété, qu'elles sont conscientes, involontaires, incoercibles, avec concomitants physiologiques. En somme, pour ces derniers auteurs, l'obsession est une idée parasite, involontaire, automatique, discordante. C'est un symptôme toujours lié à un substratum sur lequel il est implanté.

A côté de ces théories dites émotionnelles, se développaient avec moins d'abondance des conceptions dites intellectuelles dont BILLOD avec ses maladies de la volonté, GRIESINGER (1868) KRAFFT-EBING, WESTPHALL (1877) avec la notion de Zwangsvorstellungen sont les plus illustres représentants.

Enfin, une troisième position a été prise par M. JANET d'une part et par FREUD et son école d'autre part.

M. JANET qui a d'abord entrepris une description très précise des innombrables types d'obsessions en a

ensuite proposé une vaste synthèse qui aboutit à la psychasthénie dont il énonça les stigmates. L'obsession est un trouble psychologique : à sa base on retrouve toujours un état particulier, le sentiment d'incomplétude. M. JANET l'a successivement étudié dans l'action où il donne naissance aux sentiments de difficulté, d'inutilité, d'automatisme, de domination, de mécontentement, dans les opérations intellectuelles où il engendre les sentiments d'étrangeté, de jamais vu, de doute, de fausse reconnaissance, dans les émotions où il provoque les sentiments d'indifférence, d'inquiétude et enfin dans la perception de sa propre personne où il donne lieu aux sentiments d'étrangeté du moi, de dédoublement et de dépersonnalisation.

Or, les phénomènes psychiques sont hiérarchisés : il y a des conduites plus ou moins difficiles à réaliser. Pour que nos actions quelles qu'elles soient s'effectuent, il faut toujours une certaine tension, la tension psychologique. Lorsque cette dernière se relâche, elle entraîne une perturbation de la fonction du réel et l'apparition des doutes, des obsessions, des agitations forcées, etc... Ainsi la conception de JANET est-elle très étendue : elle porte en effet sur l'étude des mécanismes généraux de la pensée, sur ce qui peut favoriser l'éclosion des troubles, sur le fonds préexistant à ceux-ci. Et c'est à une explication générale des phénomènes qu'elle conduit directement.

Toute autre est la conception de FREUD. Pour lui, ce n'est pas l'inachevé, l'incomplet de la fonction,

c'est le sens même de l'obsession, son contenu précis qui importe. Car une obsession n'est pas autre chose que la réalisation symbolique d'un désir refoulé. Et la preuve, disent les psychanalystes, c'est qu'après avoir amené à la conscience claire le complexe générateur, on obtient la guérison de l'obsession. Il s'agit là d'une médecine concrète en ce sens qu'elle tient compte de toute une série de faits qui, pour les autres théories, n'entrent pas ou peu, dans l'élaboration de la maladie. Mais la symbolique, la répétition des circonstances, la similitude des processus psychiques font que l'on retombe finalement dans la généralisation qui est le propre de toute médecine.

En ce qui concerne la place à donner aux obsessions dans la nosologie psychiatrique on retrouve les mêmes oppositions. Pour les uns dont ARNDT, MORSELLI, le trouble est intellectuel et les obsessions ne sont qu'une paranoïa rudimentaire. A ce propos, on peut signaler que le terme de paranoïa qui au début a eu un sens très lache, très général, s'est rétréci par la suite. Il semble qu'actuellement il reprenne de son ampleur (LACAN). Rappelons que pour MAGNAN l'obsession rentre dans la catégorie des troubles de dégénérescence. Pour d'autres enfin, dont DENY et ses collaborateurs, SCHUELE, KRAEPELIN, BALLET, DUPRÉ, les obsessions doivent être rattachées à la grande psychose maniaque-dépressive. Signalons aussi que MM. VURPAS et CORMAN distinguent dans les obsessions celles qui sont mélancoliques de celles qui sont constitutionnelles.

III. — Dépersonnalisation

La personnalité telle que la définit M. LALANDE (1) est « la fonction psychologique par laquelle un individu se considère comme un moi, un et permanent ». Or, cette conscience de l'unité et de la permanence du moi est le résultat d'une construction très complexe. Dès le stade embryonnaire il y a une unité organique qui s'opère. Mais la personnalité n'existe pas chez le nouveau-né. Peu à peu elle va se construire grâce à la société, à l'éducation, au développement de l'activité vitale. Aussi n'est-ce qu'après quelques années de ce lent travail que l'enfant vers 4 ou 5 ans emploiera le « je ». Le moi de l'enfant n'est d'ailleurs pas le seul à offrir des différences avec le moi de l'adulte. Chez certains malades d'une part et d'autre part chez les primitifs, on retrouve des variations de l'idée du moi fertiles en enseignement.

Mais le moi normal dont il est incontestable de préciser qu'il est un, présente cependant des modalités. William JAMES a proposé de le diviser en 4 stades coexistants, voulant indiquer l'objet sur lequel porte simultanément l'idée qu'on a de soi : il distingue d'abord « le mien » qui se rapporte à l'appropriation et dont « ma maison » et « mes amis » sont une des manifestations, ensuite « le corps » qui se présente hiérarchisé dans ses parties, car il y a des parties du corps qui sont plus personnalisées que d'autres, enfin

(1) LALANDE. *Vocabulaire philosophique*, Alcan 1932.

« le moi mental » et le « je » qui sont une synthèse en fonction du présent, du passé et de l'avenir, chargée de retrouver l'unité dans la multiplicité et l'identité dans le changement.

D'ailleurs qu'il s'agisse de n'importe quelles définitions de la personnalité on constate chaque fois une recherche de leurs auteurs pour localiser cette personnalité, les uns la situant dans le corps, les autres dans l'esprit. D'où il résulte une dualité assez arbitraire dans la notion du moi : le moi psychique et le moi physique.

Le moi psychique est la synthèse de tous les états de conscience qui sont alors reconnus comme appartenant à notre « moi » et dont la non-reconnaissance peut traduire une désintégration de la personnalité et engendrer des phénomènes morbides. Il existe en fonction de toutes nos actions : aussi vouloir délimiter son domaine, équivaldrait à dresser le catalogue de toute notre activité quelle qu'elle soit.

Quant au moi physique il est basé suivant les uns sur le sens musculaire, la kinesthésie, suivant les autres sur la cénesthésie. Cette dernière notion vaut, pensons nous, qu'on s'y arrête un peu.

L'étude de la cénesthésie a donné lieu à une série de recherches dont on pourrait peut-être trouver l'origine dans la théorie des aperceptions leibniziennes. Quoi qu'il en soit, le terme de cénesthésie a été, semble-t-il, créé par HAMILTON (1), bien que déjà

(1) Par REIL, suivant certains auteurs.

dans les dialogues de PLATON on voit de temps en temps apparaître cette *χολή ησθησις*, en une acception d'ailleurs assez différente de celle où on la prend aujourd'hui.

Entre celle-ci et celle-là, les idées ont d'ailleurs quelque peu varié sur la nature de cette cénesthésie. De Condillac qui dans son œuvre la nomme sentiment fondamental de l'existence jusqu'à nos jours, nous n'en signalerons que quelques unes.

A la fin du XVIII^e siècle le problème préoccupe beaucoup d'esprits autour d'HELVÉTIUS que son goût pour LOCKE avait conduit au cœur du sensualisme. Une foule d'ouvrages où l'on s'inquiète tant des rapports du physique et du moral, comme on dit alors, sont à ce propos publiés. Glanons certaine étude de Marat, l'ouvrage illustre de CABANIS dont les premières pages ont paru en l'an IV, le mémoire lu par Maine de Biran en 1807 aux médecins de sa sous-préfecture « sur les perceptions obscures ». Parallèlement à ces recherches, les découvertes anatomiques de BICHAT sur le système nerveux autonome viennent engendrer les conceptions sur le ton naturel des organes et la doctrine des sympathies.

HENLÉ en 1840 parle du « tonus des nerfs sensibles » du « chaos non débrouillé des sensations qui de tous les points du corps sont sans cesse transmises au sensorium », E. H. WEBER d'une « sensibilité interne », « d'un toucher intérieur », PEISSE d'une « conscience sourde que nous aurions de l'existence des fonctions organiques », HERZEN d'une « panesthé-

sie », HÖFFDING d'un « sentiment vital », WUNDT d'un sentiment total par lequel s'exprime le bien-être ou le malaise de notre organisme dans son ensemble », RICHTER « d'une sensation propre de notre existence », CHASTLIN d'une « impression diffuse de notre moi corporel », ROY d'une « conscience splanchnique », M. LAIGNEL-LAVASTINE d'une « sensibilité du sympathique », M. GUIRAUD d'une « sensation du tonus nerveux intra-central ».

Ainsi, l'étude de cette notion qui s'élargit suivant les uns et se resserre suivant les autres, qui se précise sur une base organique définie ou sur une impression simple et vague, montre cependant qu'ont marché de paire les recherches sur l'anatomo-physiologie et les conceptions philosophiques. Études d'ailleurs fort délicates : ce qui fait écrire à RIBOT : « Combien est complexe ce sentiment confus de la vie qui par une répétition incessante est devenu nous, si bien que le chercher serait se chercher soi-même. Aussi ne le connaissons nous que par les variations qui l'élèvent au-dessus du ton normal ou l'abaissent au-dessous. »

Ce sont justement ces variations que GRASSET a étudiées en distinguant : 1^o l'hypercénesthésie avec la névropathie psycho-splanchnique ou cérébro-viscérale caractérisée par l'obsession de ces sensations cénesthésiques, l'exagération de la cénesthésie par cette obsession, la hantise phobique de la maladie de cette obsession ; 2^o l'hypocénesthésie ; 3^o l'acénesthésie.

Cette cénesthésie entre alors dans le domaine de

la pathologie où il devient très difficile de la suivre. Les études de SÉGLAS, de SOLLIER, de DENY et CAMUS, le rapport de ROY sur l'hypocondrie, l'ouvrage de TOSTEVIN sur les « sensations et les représentations » les travaux de DUPRÉ sur les « cénestopathies » et la multitude d'articles qui aujourd'hui traitent de la médecine fonctionnelle, sans oublier les remarquables travaux de M. LERICHE, sont une illustration des modalités différentes de la cénesthésie pour laquelle M. LAIGNEL-LAVASTINE a proposé la définition suivante : « la cénesthésie, subconscience de notre moi physique et mental est la fonction centripète du sympathique. »

A lire les auteurs qui se sont occupés de cette question, plusieurs remarques s'imposent. D'abord un certain nombre, en particulier les psychologues, qui cependant, admettent volontiers la réalité de notions assez vagues telles que l'inconscient, se refuse à admettre l'imprécision notionnelle de la cénesthésie. Ensuite, la place qu'on doit accorder aux troubles cénesthésiques varie suivant les auteurs. Pour les uns, on les range parmi les troubles psychiques ; pour les autres parmi les troubles physiques.

Ces deux objections nous paraissent traduire assez bien ce que par définition la cénesthésie implique : d'abord de « n'être perçue que confusément », ensuite d'être le trait d'union entre l'élément sensitif et l'élément intellectuel.

*
* *

Il n'y a pas de maladie mentale, de maladie tout court, pourrait-on dire, sans qu'il n'y ait un trouble de la personnalité. Tel délire, quel qu'il soit, perturbe l'idée qu'on a de soi ; telle fracture également. Mais il y a des degrés.

Une forme particulière de cette altération a été étudiée sous le nom de « dépersonnalisation ».

Avant de provoquer les recherches qui lui ont été consacrées à la fin du siècle dernier, tant par les médecins que par les psychologues, ce sentiment avait été éprouvé ; et on en pourrait trouver bien des manifestations dans les textes : qu'il s'agisse d'auto-observations, de journaux intimes, de confessions, de relations diverses.

Un exemple où le sentiment de mort se combine étrangement à celui de la vie, on peut le trouver dans les Mémoires de Saint-Simon. Ce duc raconte en effet, sur les dires du médecin FINOT, certaine maladie qui affecta le prince de Condé vers la fin de sa vie et où l'idée de négation porte sur le sentiment de l'existence. Écoutons-le avec toute la réserve qu'inspire d'ailleurs le témoignage de notre auteur.

« Les quinze ou vingt dernières années de la vie de celui dont on parle ici, furent accusées de quelque chose de plus que d'emportement et de vivacité ; on crut y remarquer des égarements qui ne demeurèrent pas tous renfermés dans sa maison...

« On disait tout bas qu'il y avait des temps où tantôt il

se croyait chien, tantôt quelqu'autre bête dont alors il imitait les façons. Et j'ai vu des gens, très dignes de foi, qui m'ont assuré l'avoir vu au coucher du Roi, pendant le prier-Dieu, et lui, cependant, près du fauteuil, jeter la tête en l'air subitement plusieurs fois de suite, et ouvrir la bouche toute grande comme un chien qui aboie mais sans faire de bruit. Il est certain qu'on était des temps considérables sans le voir, même ses plus familiers domestiques, hors un seul vieux valet de chambre qui avait pris empire sur lui et qui ne s'en contraignait pas ».

« Dans les derniers temps de sa vie, et même la dernière année, il n'entra et ne sortit rien de son corps qu'il ne le vit peser lui-même et qu'il n'en décrivit la balance, d'où il résultait des dissertations qui désolaient ses médecins... »

« Finot, son médecin et le nôtre de tout temps, et de plus notre ami, ne savait que devenir avec lui. Ce qui l'embarrassa le plus, à ce qu'il nous a conté, plus d'une fois fut que M. le Prince ne voulut rien prendre, qu'il était mort et pour toute raison que les morts ne mangeaient point. Si fallait-il pourtant qu'il prît quelque nourriture ou qu'il mourût véritablement, jamais on ne put lui persuader qu'il vivait et que par conséquent il fallait qu'il mangeât. Enfin, Finot et un autre médecin qui le voyait le plus ordinairement avec lui s'avisèrent de convenir qu'il était mort, mais de lui soutenir qu'il y avait des morts qui mangeaient. Ils offrirent de lui en produire et en effet ils lui amenèrent quelques gens sûrs et bien recordés, qu'il ne connaissait point et qui firent les morts tout comme lui mais qui mangeaient. Cette adresse le détermina, mais il ne voulait manger qu'avec eux et avec Finot. Moyennant cela il mangea très bien et cette fantaisie dura assez longtemps dont l'assiduité désespérait Finot qui toutefois mourait de rire en nous racontant ce qui se passait et les propos de l'autre monde qui se tenaient à ces repas. Il vécut encore longtemps après. »

Ce sentiment de mort se retrouve également dans un roman de M. GIDE « les Faux-Monnayeurs ». Le personnage de La Pérouse (1) présenté en effet à la fin de sa vie des idées de négation relatives à sa propre personne qui le conduisent à désirer qu'on le considère comme un mort : « Il répéta stupidement : « Monsieur de La Pérouse est mort... » « Monsieur de La Pérouse n'a pas de fièvre, Il n'a plus rien. Depuis mercredi soir Monsieur de La Pérouse a cessé de vivre »... « Si je ne me suis pas tué, je n'en suis pas moins mort... etc... ».

On retrouve encore le sentiment de dépersonnalisation dans certains romans de KIPLING, de George ELIOTT.

Plus intéressant est de rechercher ce sentiment ou ses ébauches dans des auto-observations. A la suite d'une syncope qu'une chute a provoquée, Jean-Jacques ROUSSEAU, dans la seconde promenade des *Rêveries du Promeneur solitaire*, donne une description très singulière de sa repersonnalisation :

« Il était presque nuit quand je repris connaissance. Je me trouvais entre les bras de trois ou quatre jeunes gens qui me racontèrent ce qui venait de m'arriver... L'état auquel je me trouvais dans cet instant est trop singulier pour n'en pas faire la description.

« La nuit s'avancait. J'aperçus le ciel, quelques étoiles et un peu de verdure. Cette première sensation fut un moment délicieux. Je ne me sentais encore que par là. Je naissais

(1) Voir « les Faux-Monnayeurs » (N. R. F. 1925) Visites à La Pérouse et le « Journal des Faux-Monnayeurs, N.R. F. 1927, appendice, page 127.

« dans cet instant à la vie, et il me semblait que je remplissais de ma légère existence tous les objets que j'apercevais. Tout entier au moment présent, je ne me souvenais de rien ; je n'avais nulle notion distincte de mon individu ; pas la moindre idée de ce qui venait de m'arriver ; je ne savais ni qui j'étais, ni où j'étais ; je ne me sentais ni mal ni crainte, ni inquiétude. Je voyais couler mon sang, comme j'aurai vu couler un ruisseau, sans songer seulement que ce sang m'appartient en aucune sorte. Je sentais dans tout mon être un calme ravissant auquel, chaque fois que je me le rappelle je ne retrouve rien de comparable dans toute l'activité des plaisirs connus (1). »

D'ailleurs dans ces mêmes *Réveries*, Jean-Jacques ROUSSEAU au cours de la cinquième promenade traduit un sentiment très proche de la dépersonnalisation :

« Quand le soir approchait, je descendais des cimes de l'île et j'allais volontiers m'asseoir au bord du lac, sur la grève, dans quelqu'asile caché ; là le bruit des vagues et l'agitation de l'eau fixant mes sens et chassant de mon âme toute autre agitation, la plongeaient dans une rêverie délicieuse où la nuit me surprenait souvent sans que je m'en fusse aperçu. Le flux et le reflux de cette eau, son bruit continu mais renflé par intervalles, frappant sans relâche mon oreille et mes yeux, suppléaient aux mouvements que la rêverie éteignait en moi, et suffisaient pour me faire sentir avec plaisir mon existence, sans prendre la peine de penser. De temps à autre naissaient quelques faibles et courtes réflexions sur l'instabilité des choses de ce monde, dont la surface des eaux m'offrait l'image ; mais bientôt ces impressions

(1) *Œuvres complètes* : Chez Furne et Cie 1837, t. I, p. 406.

légères s'effaçaient dans l'uniformité du mouvement continu qui me berçait et qui sans aucun concours actif de mon âme ne laissait pas de m'attacher au point qu'appelé par l'heure et le signal convenu, je ne pouvais m'arracher de là sans effort. »

Le cas d'AMIEL est trop connu, trop étudié, trop littéraire pour que nous nous y arrêtions. Rappelons cependant qu'AMIEL est le premier à avoir employé le terme de dépersonnalisation, lui qui a écrit :

« Je ne trouve aucune voix pour ce que j'éprouve. Un recueillement profond se fait en moi ; j'entends battre mon cœur et passer ma vie. Il me semble que je suis une statue sur le bord du fleuve du Temps, que j'assiste à quelque mystère d'où je me vois sortir vieux ou sans âge... Je me sens comme sans nom, impersonnel, le regard rigide comme celui d'un mort, l'esprit vague et abstrait comme le vide ou l'absolu. Je flotte, je suis comme si je n'étais pas... Cet état est contemplation et non stupeur... »

Avec MAINE DE BIRAN on assiste à une oscillation constante du sentiment de soi. Ce balancement perpétuel entre un moi plus réel et un moi moins réel traduit un trouble permanent de sa personnalisation dont son journal intime est une illustration.

1795. Je n'ai jamais de pensées, de désirs, de sentiments qui ne soient appropriés à un état physique que je sens, et qui ne me donnent ce que j'appelle « tel sentiment de mon existence »... Je suis toujours occupé de ce qui se passe en moi lorsque je me sens très disposé à la joie bruyante, que

(1) *Op. cit.*, p.

les esprits animaux sont chez moi dans un grand mouvement. Cet état, si je m'y laissais aller pourrait être agréable pour quelques instants mais je m'en méfie. Il est un certain état que j'éprouve trop souvent, où absolument incapable de penser, dégoûté de tout, impatienté de tout, voulant agir sans le pouvoir, la tête lourde, l'esprit nul, je suis modifié de la manière la plus désagréable... Ce qui contribue à rendre cet état insouffrable, c'est le souvenir d'un état plus parfait... Cet état semble nous ôter toute espèce de sentiment.

1811. J'étais plus heureux autrefois dans la solitude ; mon imagination et ma sensibilité montées sur un ton plus élevé était comme les harpes éoliennes dont les cordes frémissent au moindre souffle. Aujourd'hui je ne suis plus heureux par mon imagination. Ma vie se décolore peu à peu.

28 février : Le trouble intérieur persiste. Je me sens au-dessous de moi-même et je ne trouve plus rien en moi qui m'élève à mes propres yeux.

1814.

Août : Il y a assurément une influence de la saison de la canicule sur mes facultés organiques, intellectuelles et morales : je me trouve toujours sous ces trois rapports au-dessous de ma valeur ordinaire. Pendant les trois ou quatre mois d'été une grande mobilité nerveuse, une incapacité absolue, un découragement entier et ma facilité extrême à céder à toutes les impressions externes et internes coïncident avec la faiblesse de l'estomac et plusieurs autres incommodités.

21 août : Je me suis promené avec un plaisir extrême, j'étais gai et animé à la conversation, mais ce ne sont que des éclairs. Les fonctions organiques embarrassées et variables modifient de même manière les fonctions intellectuelles.

4 septembre : J'ai été constamment dans un état nerveux,

tourmenté par le sentiment intime de mon incapacité et de mon inutilité au sein de l'activité la plus tumultueuse.

11 septembre : La température a été fraîche, les nuits froides. Mon organisation physique et morale prend un peu de ressort ; je suis moins affaissé, je recommence à vivre et à penser. J'ai le sentiment intime de cette sorte de renaissance.

19 septembre : Le vent d'est agite les nerfs... A partir de mercredi j'ai éprouvé une chute dans toutes mes facultés organiques. Je sens un malaise : mon estomac est affecté, ma tête pesante, mais il y a plus d'aplomb dans tout mon être et une amélioration sensible dans mon état physique et moral.

25 septembre : Je suis constitué dans un état de maladie intellectuelle et morale et j'ai conscience de ma nullité.

24 octobre : Depuis plusieurs mois de séjour à Paris il ne m'est guère arrivé de m'éveiller sans éprouver un sentiment immédiat de tristesse et de découragement. On ne donne pas assez d'attention à ces phénomènes variables de la sensibilité intérieure qui ont leurs causes dans le principe inconnu de la vie, et non point dans l'activité de l'âme ou du moi. Le moi les ignore, les trouve tout faits pour ainsi dire dès qu'il revient à lui même et les reconnaît comme pré-existants à son aperception comme ayant une cause interne autre que lui ou son effort.

28 novembre : Mes facultés physiques ont plus de ressort. Je vis plus qu'en été.

1^{er} décembre : Mes dispositions physiques, ma timidité, le défaut absolu de confiance que j'ai dans mes moyens, l'incertitude de mon caractère qui m'empêche de prendre un parti ou de me déterminer sur-le-champ... Je vois trop au dedans pour bien voir au dehors.

19 décembre : Mes nuits sont le plus souvent agitées par des mouvements nerveux.

1815.

4 janvier : Je commence l'année par un état de nullité complète.

6 janvier : Il n'y a aucun aplomb dans mon être ; je ne pense à rien et ne suis à rien.

20 janvier : Mon état physique et moral est toujours nul.

9 février : Il y a un surcroît de ton dans mes facultés organiques.

5 mai : Je suis un être ondoyant, divers et sans consistance.

6 mai : Je glisse sur tout et n'approfondis rien.

28 juillet : Mon être moral est comme anéanti.

29 juillet : Défaut de liaison des idées et des mots...

30 septembre : J'éprouve toujours que ma force est toute nerveuse et qu'il y a faiblesse radicale dans tout mon être. J'ai mon « petit monde intérieur » en arrière de toutes les impressions, de toutes les idées de surface.

31 octobre : J'ai un sentiment pénible de l'existence et je suis affaibli sensiblement au physique et au moral.

1816.

21 janvier : Je porte en tous lieux ma tristesse.

7 août : Il m'est venu quelques idées sur mes dispositions habituelles et particulièrement sur la « préoccupation », défaut auquel je suis très sujet, qui est en moi pour ainsi dire constitutionnel... Le sentiment d'inquiétude et de trouble intérieur liés à cette préoccupation de l'esprit, m'empêche de rien entreprendre de ce qui pourrait rendre ma vie agréable et utile.

23 août : Je perds toute réflexion et je ne suis plus moi.

9 décembre : Mes facultés sont le plus souvent comme couvertes d'un voile. J'éprouve un grand vide, un fond de mécontentement et de tristesse au dedans de moi-même.

1817.

1^{er} janvier : Je ne suis heureux de rien : le monde extérieur m'échappe et fuit sous moi de toutes parts.

20 janvier : Mon esprit est embarrassé. Le jeu de toutes mes facultés est gêné.

6 avril : Je passe fort rapidement de l'abattement à l'excitation.

9 avril : Je n'ai aucune tenue dans les idées.

17 avril : Je ne trouve aucune consistance, aucun point d'appui intérieur et c'est le sentiment vague de ce manque d'appui qui me rend timide et embarrassé...

17 mai : J'erre au hasard, cherchant au dehors des sensations capables de distraire le sentiment pénible de mon existence.

13 juin : J'avais espéré un meilleur effet de cette diversion (un voyage) pour mon état physique et moral, mais la racine du mal est profonde : elle tient à tout mon être.

23 juin : Je n'ai d'idée et de personnalité que jusqu'au point qui sépare l'état d'idiotisme ou d'aliénation de celui de raison. J'ai la conscience de cet état et je m'agite vainement pour en sortir... J'ai perdu toute confiance, toute satisfaction et estime de moi-même.

4 novembre : Je suis tout à fait hors de moi et il m'en coûtera beaucoup pour y rentrer.

5 novembre : J'ai toujours ici plus de sensations et d'impressions que d'idées. Je ne sais pas pourquoi je me sens toujours au-dessous de moi-même... Il y a à cela des causes physiques et morales qu'il faudra étudier.

17 novembre : Je me sens depuis quelques jours triste, découragé, souffrant de langueurs d'estomac, auxquelles correspond une extrême langueur d'esprit, un abattement de toutes les facultés.

30 novembre : J'éprouvais le contentement de la santé, et l'état expansif qui contraste absolument avec l'état de concentration d'où je sors... Ce bien-être organique ne dépend pas de nous.

27 décembre : J'ai été pendant tout ce pénible mois agité au dedans et au dehors, de manière à perdre toute faculté

de réflexion. Un état maladif, un découragement extrême, une concentration et un sentiment de crainte habituelle... Je meurs à chaque instant non seulement au monde... mais de plus à moi-même, à ces facultés à cette vie intérieure du moi où je trouvais auparavant un refuge pour la méditation.

28 décembre : Je ne suis en harmonie ni avec les personnes ni avec les choses. Je pensais hier... que je ne pouvais aspirer maintenant qu'à assister comme témoin assidu à la décomposition de mon être physique et moral.

1818.

18 février : J'ai senti se ranimer mon existence qui était comme éteinte depuis bien des jours.

7 mars : Je suis retombé dans un état de malaise de langue et de dégoût général.

28 mars : ...et je me convaincs de plus en plus de mon néant, de ce que je ne suis rien.

4 avril : Je suis souffrant, ennuyé, ayant un sentiment intime et radical de faiblesse... Je suis le plus souvent faible à tel point que je ne puis juger ma faiblesse ; car il faut encore un certain degré de force physique et morale pour juger sa faiblesse, ce qui diffère de la sentir immédiatement.

5 avril : Journée magnifique, journée mélancolique. Mon âme est lasse de son corps, elle l'a pris en dégoût ; mais accoutumée à tout tirer de lui ou de ses affections et ne trouvant presque rien en elle-même, elle éprouve un grand vide et semble prête à tomber dans le néant.

8 mai : Il y a en moi en ce moment une action vitale extraordinaire et trop forte pour de nerfs faibles. La réaction demeure toujours au-dessous de l'action, d'où résulte un sentiment d'inquiétude habituelle, une agitation singulière.

24 mai : Je ne change plus sensiblement quant à mes dispositions intérieures qui sont toujours tristes et à mes facultés intellectuelles toujours embarrassées... Il y a certai-

nement une cause organique de ces dispositions constantes à la tristesse de cette obscurité intellectuelle.

30 juin : Même situation : mobilité excessive, passage d'un état d'abattement à une activité momentanée... Que je suis fatigué de la tyrannie de ce corps, de ces misérables nerfs qui en font la loi !

4 novembre : Je suis par ma nature doué de l'apercception interne, et j'ai pour ce qui se fait au dedans de moi ce tact rapide qu'ont les autres hommes pour les objets extérieurs.

18 novembre : L'homme s'offre aux autres et à lui-même comme dans une perspective qui a plusieurs plans reculés les uns derrières les autres. J'en distingue trois. Le premier fait saillie au dehors : je ne suis rien pour moi en moi-même, je songe à paraître aux yeux des autres, je suis en eux et rien que par eux. Dans la seconde perspective, je me sépare du monde extérieur pour le juger, mais j'y tiens comme à l'objet. ou au terme de toutes les opérations de mon esprit. Dans la troisième je perds tout à fait de vue le monde extérieur et moi-même ; et le monde invisible, Dieu, est l'objet ou le but de ma pensée. Le moi est entre ces deux termes. Ainsi les extrêmes se touchent ; la nullité d'efforts ou l'absence de toute activité emporte la nullité de conscience ou du moi, et le plus haut degré d'activité intellectuelle emporte l'absorption de la personne en Dieu ou l'abnégation totale du moi qui se perd de vue lui-même.

1819.

1^{er} mars : Quand on a peu de vie, ou un faible sentiment de vie, on est plus porté à observer les phénomènes intérieurs.

15 novembre : Pourquoi ce trouble, cette inquiétude qui se sont emparés de moi. Pourquoi ce dégoût subit de toutes les choses spirituelles et solides ? Je ne suis plus moi..

9 décembre : Ma poitrine est engorgée, mes p^oumons semblent frappés d'atonie. L'orifice de l'estomac affaissé.. J'ai monté hier à la tribune... L'idée de paraître à cette re-

doutable tribune m'a bouleversé à l'instant. Ma tête s'est embrouillé. Je ne savais plus ce dont il s'agissait.

1820.

Janvier : Je m'impatiente sans cesse contre la lenteur de mon esprit... Je suis dégoûté, je ne me donne plus le temps nécessaire pour arranger mes idées et les mots. Mon esprit est devenu comme le tonneau des Danaïdes.

14 février : Je reprends ce journal après l'avoir interrompu pendant près de deux mois. Ce temps de ma vie s'est passé partie dans les anxiétés, les souffrances, partie dans les distractions du monde que je cherche souvent comme moyen d'excitation et pour essayer de m'arracher à un état de langueur et de torpeur vers lequel je grave... J'ai découvert un vice singulier de ma mémoire... Lorsque je rappelle exactement une phrase ou une suite de mots que ma mémoire a retenue, je doute si ce rappel est bien exact et j'hésite encore sur chaque impression. Je ne suis bien assuré que de la pensée que j'ai prise dans tel auteur, mais de savoir si ce sont bien les paroles que j'ai apprises par cœur, c'est ce dont je ne m'assure qu'en recourant au livre même.

14 avril : Je suis habituellement dans un état d'organisation qui donne un ascendant singulier à ces impressions intérieures. Ce sont elles qui troublent ma pensée et me rendent si différent de autres hommes. Je suis surtout heureux ou malheureux (et le plus souvent malheureux) par ces sortes d'impressions immédiates.

1821.

Avril : Nullité complète, absorption du moi depuis la fin de mars jusqu'au 20 avril.

29 avril : ...Luttant toujours contre ma faiblesse, voulant faire et ne faisant rien...

1^{er} juin : Il est des dispositions, des temps où l'âme prend en haine son corps et où l'homme désespéré, découragé, dit au fond de son cœur, mais dans un autre sens que saint Paul

cupio dissolvi, en désirant que cette dissolution elle-même soit l'anéantissement. C'est la disposition funeste qui peut déterminer le suicide, alors qu'il n'y a point de cause extérieure de malheur.

4 juin : Je suis comme un homme qui aurait la vue très bonne dans certains moments et qui tomberait ensuite dans la cécité.

1822.

Septembre : Je suis au collapsus de la sensibilité.

Décembre : Je suis modifié dans toute mon existence physique, morale, intellectuelle, d'une manière absolument différente de celle de Grateloup ? C'est presque un autre moi.

1823.

Sans date : Je suis entré vivant dans la mort.

Dans le journal intime de M. André GIDE, on sent flotter un sentiment très voisin de celui de dépersonnalisation. Ce sentiment a d'ailleurs abouti « à la suite d'une très douloureuse épreuve à l'impression de ne plus coller avec la vie, de ne faire que semblant de vivre, d'être posthume ». En voici quelques traces éparses qui surnagent dans certaines pages du J. I.

« Il m'arrive à présent de cesser de reconnaître la personne à qui je parle : cela dure quelques instants, assez pour me causer une sorte d'angoisse (1). »

« Mais quel directeur de conscience comprendrait assez subtilement ce flottement, cette indécision passionnée de tout mon être, cette égale aptitude aux contraires. Déper-

(1) Œuvres complètes (N. R. F. 1934), t. VI, p. 447.

sonnalisation si volontairement, si difficilement obtenue que seule, expliquerait, excuserait la production des œuvres qu'elle autorise et en vue desquelles j'ai travaillé à supprimer mes préférences... Ne plus être soi : être tous. »

« Constante vagabondance du désir — une des principales causes du détériorement de la personnalité. »

« Mardi soir : tout ce que j'écrivais ce matin me paraîtra absurde dans peu de temps. Déjà je vais mieux ; cet air vif me remet d'aplomb : je reprends conscience de ma force. Cet état est celui même que j'ai voulu, mais sitôt que je faiblis je ne suis plus personne pour avoir voulu être tous par crainte de n'être que quelqu'un (2). »

« Ceci pourtant retient un peu mon inquiétude : le souvenir d'avoir déjà traversé de semblables périodes de désintéressement. Sans doute cela est-il lié à un état physiologique ; mais je cherche quelle relation établir... Être égal à soi-même dans la médiocrité ou le génie ! De moi à moi, quelle distance ! Voilà pourquoi je n'ose rien projeter ni promettre et que je ne parviens à rien qu'en biaisant et rusant avec moi-même le long de quels attermoissements (1). »

« 30 octobre 1915. Travail intense... Grande fatigue de tête ou du moins mal de tête presque constant ; préférable toute fois à la désagrégation et à l'effacement de la pensée dont j'ai si souvent souffert (2). »

« Jeudi 11 novembre 1915 : Engourdissement détestable. Par moments il me semble que j'ai déjà fini de vivre et que je m'agite dans une sorte de rêve posthume, une sorte de supplément à la vie sans importance ni signification (3). »

« Dimanche septembre 1916 : Journée vide, perdue. Je me traîne tout le long des heures et n'aspire à rien qu'au sommeil. »

(2) *Œuvres Complètes* (N. R. F. 1934), t. VI, p. 518.

(1) *Œuvres Complètes* N. R. F. 1934, t. VI, p. 528.

(2) *Œuvres Complètes* N. R. F. 1935, t. VIII, p. 175.

(2) *Œuvres Complètes* N. R. F. 1935, t. VIII, p. 178.

« Lundi : Vous ne voyez donc pas que vous parlez à un mort ? (4) »

Si le cadre de cette étude n'était moins restreint, nous aurions aimé étudier chez les mystiques, chez les Thibétains, chez les poètes les diverses conceptions de la dépersonnalisation. La discipline de l'identification, l'idéal des Yogas, le « je est un autre » de RIMBAUD nous en auraient fourni bien des illustrations.

Enfin nous voudrions achever cette digression en citant le poème inédit d'un jeune homme qui traduit au moment du réveil la reconstitution d'un moi que le sommeil à perturbé.

L'éveil appelé mon corps lointain
Mes jambes pendent aux rideaux
La cheminée brûle en mon cœur
Ma tête vole vers la croisée
Les tapis nagent en ma cervelle,
Mon nez respire avec la table,
Le nuage ému de ma conscience
S'est posé là comme un mouchoir
Mon sang circule entre les livres
Mes lèvres bleues palpitent et chantent
Sur le haut de l'armoire à glace
Et mes paupières sont étendues
Sur la surface du miroir.
L'éveil appelle mon corps lointain
Déjà les lambeaux se rassemblent
Cessent le jeu, rentrent chez eux

(4) *Œuvres Complètes* N. R. F. 1935, t. VIII, p. 250.

Si loin les murs, si près les draps
Tout se sépare et s'harmonise
Dessous ma peau ce qui m'est dû
La vérité confond l'erreur
De mes six sens dormant encore.

Nous avons déjà dit que c'est surtout à la fin du XIX^e siècle que le problème de la dépersonnalisation a donné lieu à des études médico-psychologiques.

Déjà néanmoins, dans l'œuvre de LEURET, de BRIÈRE DE BOISMONT, de GRIESINGER, on trouve quelques éléments. Mais c'est avec KRISHABER que l'on assiste à la première étude synthétique sur ce sujet. Dans son livre paru en 1873, *De la névropathie cérébro-cardiaque* il réunit un certain nombre d'observations assez dissemblables d'ailleurs, mais cependant assez démonstratives où les malades « se plaignent de ne pas être assez eux-mêmes ». KRISHABER pense qu'il s'agit là d'aberrations et de perversions sensorielles avec troubles des sensibilités spéciales et de la sensibilité générale. Il insiste sur l'intégrité de la conscience de ces malades et pense que le trouble primitif réside en une vaso-constriction des vaisseaux mésentériques, siège de la perception brute.

Taine prend connaissance du livre de KRISHABER et adopte ce point de vue dans un article de la *Revue Philosophique* en 1876 sur « les Eléments et la formation de l'idée du Moi ». Il trouve là une vérification de sa théorie des sensations et en 1883 lui consacre un chapitre de l'« Intelligence ».

Et RIBOT, en 1885, publiant *Les maladies de la personnalité* écrit : « Les troubles sensoriels ne sont que le résultat d'un trouble plus profond qui retentit dans l'organisme et que par conséquent ici encore, le sens du corps joue le rôle principal dans la pathologie de la personnalité. »

Ces opinions se rattachent toutes (celle de RIBOT, partiellement) au sensualisme et leurs auteurs concluent que le trouble physiologique qui est à la base de ces états est localisé dans les cellules où s'élaborent les impressions sensorielles.

A partir de 1894 se succède un certain nombre de communications et d'articles de psychologues ou de médecins et souvent les deux à la fois, de physiologistes, dont nous n'étudierons rapidement que les conclusions. Vers 1894, DUGAS pense que la désaffectivation est l'élément essentiel de la personnalisation. Cependant il ajoute qu'elle ne l'explique pas puisqu'elle l'implique et rapproche le phénomène de l'illusion du déjà vu.

M. SÉGLAS, à propos de la non-conservation de la conscience dans l'obsession, cite le cas d'un agoraphobe qui dit : « Je suis conscient d'un côté et inconscient de l'autre. » M. SÉGLAS voit là le point de départ d'une dislocation, d'une désagrégation du moi. Il pense que l'état cénesthésique est la base de l'idée de personnalité et, appliquant ici la théorie de WERNICKE, que le trouble physiologique qui entraîne son altération est dans les fibres d'association.

En 1896, BERGSON dans *Matière et Mémoire* parle de la rupture de cet « équilibre qui produit à l'état de santé l'harmonie entre les sensations et les mouvements dans la connaissance du corps ».

En 1897, PITRES et RÉGIS publient sous le titre d'« Obsession du doute de sa pensée et de son existence. Dissociation et dédoublement de la personnalité » l'observation d'un homme qui disait : « Puisque rien ne prouve que je pense, je ne puis savoir si j'existe » et celle d'un autre qui se plaignait : « Je ne peux pas me rendre compte de ce qu'on appelle la réalité. Il me semble que je suis mort il y a deux ans. »

En 1903, M. JANET étudie dans un chapitre de son livre sur les obsessions certains malades « qui ont l'impression de ne pas être assez réels » et les classe dans le groupe des obsessions de la honte de soi. Il y aurait chez ces malades, une sorte de perception interne du trouble de la perception du réel. Les dépersonnalisés accusent un sentiment d'incomplétude qui répond à une perte de la fonction du réel, à un abaissement de la tension psychologique.

En 1905, DENY et CAMUS énoncent une théorie sur l'étrangeté du monde extérieur et la dépersonnalisation. Ces troubles leur paraissent dus à une inhibition des centres cénesthésiques, à une paralysie des fibres d'association. L'ensemble des impressions cénesthésiques, dont la totalité forme la conscience du corps, ne pouvant plus être évoqué à la conscience, chaque fois qu'une impression externe ou interne viendra exciter les centres cénesthésiques, il y aura

dépersonnalisation physique. Et lorsque le fonctionnement de la cénesthésie cérébrale telle que la définit SOLLIER, se trouvera inhibé, il y aura dépersonnalisation morale.

En 1908, M. REVAULT D'ALLONNES dans « les Inclinations, leur rôle dans la psychologie des sentiments » fait une synthèse des théories cénesthésiques et des théories relatives aux émotions. Pour lui, la dépersonnalisation a sa cause dans l'inémotivité que dénoncent les malades et qui tient à la disparition des qualités affectives. Pour qu'il y est dépersonnalisation il faut un phénomène viscéro-cérébral qui entraîne la disparition des états affectifs.

Pour OESTERREICH, le caractère essentiel de la dépersonnalisation est que le sujet a pleinement conscience de sa nature morbide. Il y a arrêt général des tonalités affectives et arrêt du sentiment d'activité.

Pour LOEWENFELD, la dépersonnalisation tiendrait à l'incapacité où se trouve le moi de ressentir la source de ses actions.

En 1909, M. HESNARD étudie les « Troubles de la Personnalité dans les états d'asthénie psychique » et rassemble ainsi un grand nombre d'observations où on assiste à une dépersonnalisation hiérarchisée. C'est l'étude d'un triple groupe de sentiments relatifs au monde extérieur, relatifs à la personne physique et relatifs à la personne mentale. L'interprétation de M. HESNARD arrive à diviser l'ensemble de ces troubles en trois classes si l'on peut dire : 1^o la dépersonnalisation élémentaire, 2^o la forme des obsédés, 3^o l'ob-

session de dépersonnalisation, où il publie l'observation de PITRES et RÉGIS déjà citée. Cet auteur décrit trois stades dans ces troubles : 1^o le sujet ne reconnaît pas et ne rapporte pas à sa personne les sensations qui lui viennent du monde extérieur : les choses sont étranges, 2^o les sensations internes ne sont plus appropriées. Ses actes, sa voix paraissent inconnus, nouveaux au dépersonnalisé, 3^o le sujet a conscience de synthèses qu'il ne reconnaît pas comme siennes. M. HESNARD conclue qu'il s'agit d'une maladie de la perception. Il y a insuffisance de la perception par insuffisance de la perception personnelle.

En 1911 paraît le livre de MM. DUGAS et MOUTIER. Le dépersonnalisation ne répond pas à une sensation déterminée ni à un changement dans les sensations, mais à un sentiment, à une impression qu'on essaye de traduire en langage imagé ou métaphorique tantôt par une sensation, tantôt par une autre. Les auteurs pensent qu'on a confondu la dépersonnalisation avec des symptômes qui l'accompagnent et dont il faut la détacher, des obsessions en particulier. Pour eux, on est en présence d'un syndrome pur dont la cause doit être cherchée dans une certaine « apathie et atonie morales ».

En 1914, M. BLONDEL dans son livre sur « La conscience morbide » et quoique d'un ordre très général, consacre de nombreuses pages au problème de la dépersonnalisation. Il fait d'abord le procès des théories cénesthésiques.

« Les explications cénesthésiques me paraissent expliquer tout bonnement l'incompréhensible par l'inconnu... Posons à la base du trouble mental une inhibition, une paralysie des centres cénesthésiques. Voilà expliqué les insensibilités physiques ou morales. Mais les désespoirs, les souffrances des malades, comment s'expliqueraient-ils puisque d'après ces mêmes théories ils supposent précisément non seulement une cénesthésie intacte, mais même une sorte d'éréthisme cénesthésique... Faut-il admettre que les troubles cénesthésiques après avoir engendré des plaintes, qui nous paraissent si naturelles qu'elles nous sont une preuve de l'objectivité de leur cause, poursuivant la série de leurs effets, aient produit et réalisé le délire, ou faut-il au contraire, vu la continuité que le jeu des métaphores établit entre les plaintes et les concepts délirants, suspecter que la subjectivité des délires pénètre jusqu'à l'intimité de ces plaintes même et s'interdire de la rattacher *a priori* aux modifications cénesthésiques qu'elles supposent normalement... Nous sommes donc en droit de conclure que la théorie cénesthésique, issue d'hypothèses psychologiques succombe dans l'explication psychologique des faits auxquels elle prétend satisfaire... Ainsi, les théories cénesthésiques ont raison en un sens : la cénesthésie joue un rôle fondamental dans la genèse de certains troubles mentaux. Mais pour jouer ce rôle, point n'est besoin qu'elle subisse une modification intrinsèque. Il faut et il suffit qu'elle vienne de toute son obscure présence rétablir à la conscience claire l'indistinction, la continuité, l'irréductible originalité du psychologique pur et du proprement individuel. »

Puis M. BLONDEL critique la théorie de M. JANET. Il écrit :

« Cette incomplétude est une idée délirante. Si le déper-

sonnalisé a perdu la fonction du réel, ce n'est pas que le réel lui échappe en fait, mais qu'il est impuissant à l'abstraire comme autrefois de l'ensemble mental où il subsiste cependant tout entier. Au fond, c'est d'une plénitude que souffre le malade. »

Pour M. BLONDEL le dépersonnalisé vit dans une double obsession : 1^o obsession du sentiment de mystère et d'anxiété qu'il éprouve devant l'irréductible hétérogénéité de son expérience présente à son expérience antérieure, 2^o obsession du souvenir de cette conscience claire où il réalisait auparavant... le jeu souple et fécond de ses démarches mentales... Le malade enivré, pour ainsi dire, de l'irréductible changement opéré au sein de sa conscience, ne reconnaît plus les émotions dont il avait antérieurement l'expérience et ne sait comment les situer et les comprendre. C'est qu'il n'est au fond d'humainement réel que ce qui est intelligible. »

Peu à peu se forme la théorie de M. BLONDEL, très générale dont voici un aspect :

« Ainsi, nous sommes conduits à admettre qu'au sein de la conscience totale, pour constituer la conscience normale, une sorte de décantation s'opère par laquelle les éléments communs à toute conscience exprimables en mots définis par l'expérience collective et traduisibles en actes réglés par la collectivité, viennent s'étaler à la pleine conscience, pratiquement déliés de leurs adhérences à la masse cénesthésique, cependant que cette dernière s'installe dans le subconscient où, se vivant plutôt qu'elle ne se sent et ne se connaît, elle trouve sa place normale. »

Et l'auteur définit le trouble mental :

« 1^o La conscience n'arrive plus à se constituer sur le plan de la collectivité : à chaque effort qu'elle fera pour dégager ses éléments de la conscience totale elle rencontrera en eux une secrète et intime résistance, tenant à la masse cénesthésique dont ils demeurent lestés.

2^o Cette conscience ainsi troublée demeurera toute pleine de ses souvenirs de conscience normale et de la manière dont antérieurement elle croyait rendre connaissance d'elle-même et de ses états. Elle ne se reconnaîtra donc plus dans ce milieu psychologique nouveau pour elle... Du fait que la décantation de l'individuel et du cénesthésique a cessé de s'opérer les expansions verbales et motrices... n'arrivent plus à recouvrir des réalités psychologiques devenues rebelles à cette généralisation, à cette transposition en termes anonymes qui est l'essentiel de la conscience claire et de la conscience normale. »

Enfin, pour compléter cet aperçu sur les théories cénesthésiques, signalons l'opinion de M. GUIRAUD pour qui les idées hypocondriaques seraient des cénestopathies issues des centres nerveux supérieurs aux centres mésentéphaliques et tubériens dont dépendent les régulations neuro-végétatives et humorales de l'affectivité. Le sentiment d'étrangeté s'expliquerait par un trouble de la chronaxie ; et M. GUIRAUD aboutit à la notion de cénestopathies dystoniques.

Des années passent et le problème prend un autre aspect. Les psychanalystes en transforment les données et voient l'origine de la dépersonnalisation soit dans un renoncement subit à un plaisir sexuel, soit dans une frayeur éprouvée dans l'enfance.

NUNBERG parle d'une dissociation de la libido dont la partie inconsciente reste conservée à l'objet alors que la partie consciente est consacrée à l'auto-observation, et FEDERN, d'une dissociation entre le sentiment et la sensation. Dans chaque cas de dépersonnalisation il y a des altérations des limites du moi.

En 1927, M. HESNARD est revenu sur la question qu'il avait étudiée en 1909. Son activité psychanalytique est venue modifier sa conception de la dépersonnalisation. Au cours d'un article paru dans la *Revue française de Psychanalyse* sur « la signification psychanalytique des sentiments dits de dépersonnalisation », il écrit :

« En un mot, il s'agit d'individus ayant adopté une attitude très marquée de narcissisme acquis ou relatif, laissant subsister chez les névropathes dignes de ce nom, leur intérêt au réel, à la société, derrière leur penchant à la réserve ou à la pensée abstraite... Attachement à l'enfance... infantilisme affectif jurant avec leur supériorité intellectuelle... solitaires. » Et M. HESNARD conclue : « C'est une irruption dans la conscience d'impressions effectives internes, accompagnant la perception du fonctionnement de son organisme et de sa pensée... Exubérance de la sensibilité intérieure... Le dépersonnalisé est détourné du réel malgré lui, par quelque chose qui est en lui... Elan d'intériorisation forcée... Narcissisme mental... Le dépersonnalisé se détourne de la réalité parce qu'il a son attention attirée à l'intérieur de lui-même par le jeu de sa propre pensée... Auto-érotisme... Perversité... Le dépersonnalisé est un individu dont l'instinct sexuel ne s'exerce pleinement que dans une fixation à soi-même. »

En 1928-29, M. JANET dans son cours au Collège de France sur « l'Évolution psychologique de la personnalité » consacre plusieurs leçons au problème de la cénesthésie et à la dépersonnalisation. A ce propos M. JANET fait observer qu'il y a deux sortes d'actions : les actions primaires en rapport avec une stimulation extérieure, telles que manger, courir, et les actions secondaires plus compliquées. Chez les dépersonnalisés les actions primaires n'ont pas du tout disparu. Ces malades ont l'intérêt de leur corps, mais pas le sentiment de leur personnalité. Les actes secondaires n'existent plus. Or, ces phénomènes secondaires ne sont pas autre chose que les sentiments; et la personnalité se construit sur les sentiments.

En 1931, M^{me} MORGENSTERN considère « comme pierre de touche du diagnostic de la dépersonnalisation, la conservation par le malade du contrôle relatif à la distinction de la réalité et de ses sensations malades ». Pour elle, la dépersonnalisation « est le mécanisme psychologique d'une sublimation non réussie ». Son traitement consistera à reconduire la libido détachée des objets et fixée à la partie malade du moi du dépersonnalisé dans sa voie normale.

Signalons encore en 1931 une communication de M. CAMBRIELS sur « une psycho-névrose obsédante de dépersonnalisation », en 1932 une communication de MM. HEUYER et DUBLINÉAU sur « Un cas de dépersonnalisation chez un post-encéphalitique » où les auteurs insistent sur « l'intérêt que présente la rencontre au cours d'une maladie organique avérée d'un

syndrome obsédant jusqu'alors considéré comme psychogène et qui ne paraît pas pouvoir être séparé de l'encéphalite », en 1932 la contribution de E. MIRA à « l'étude pathogénique du syndrome de dépersonnalisation » où la notion d'hérédité est mise en lumière, en 1933 l'étude de E. STORRING qui signale, au début du syndrome, l'obnubilation oniroïde, enfin les travaux de M. MALLET où deux notions ont été en particulier mises en évidence. Il attire l'attention, d'une part sur certains cas où la dépersonnalisation n'est plus l'à-côté d'une psychonévrose, mais le contenu total d'une obsession qui jamais n'aboutit au délire, et d'autre part, sur une conception fonctionnelle du syndrome obsédant lié à des perturbations psycho-organiques.

Nous voudrions encore citer deux travaux fort intéressants, le livre de M. MOURGUE sur « la Neurobiologie de l'hallucination où le terme de dépersonnalisation est pris dans un sens très général et d'ailleurs temporaire, et le mémoire de M. VAN BOGAERT sur la « Pathologie de l'image de soi ». Ce dernier auteur insiste sur l'importance de troubles nettement neurologiques engendrant des états de dépersonnalisation et cite les deux observations d'EHRENWALD où l'on trouve associées à des manifestations hémiplegiques provoquées par une tumeur cérébrale des idées de négation relatives aux périodes cataméniales et finalement au corps de ces deux malades. Et M. VAN BOGAERT conclue : « L'intérêt doctrinal de cette dernière série de faits réside dans la naissance d'une réac-

tion du type psycho-pathologique le plus caractérisé autour d'une fissure neurologique localisée aux secteurs pariétaux. »

Avant de conclure, soulignons qu'à côté d'une dépersonnalisation pathologique qui peut de la forme obsédante, passer par la phase délirante et atteindre le stade démentiel, il existe une ébauche de dépersonnalisation à l'état normal sous l'influence de la fatigue, du sommeil et des chocs émotifs où l'on peut retrouver le point de départ de certains états nettement pathologiques.

Ainsi en présence d'un dépersonnalisé, les opinions peuvent se grouper en trois classes :

1^o Ou bien on considère que ce que dit le dépersonnalisé est la traduction verbale d'une réalité éprouvée, d'une sensation véritable : il va s'agir de la localiser. KRISHABER et TAINÉ la situent dans la périphérie, SÉGLAS dans les fibres d'association, REVAULT D'ALLONES, DENY et CAMUS dans les centres cénesthésiques, SOLLIER, GUIRAUD dans le mésencéphale.

2^e Ou bien on observe le trouble en tant qu'il est psychologique et on l'étudie soit en fonction des oscillations du niveau mental avec JANET, soit en fonction de la collectivité avec BLONDEL.

3^o Ou bien on envisage le symptôme à travers l'apport psychanalytique dont le complexe d'infériorité, le narcissisme de culture, fournissent l'explication en fonction du processus de refoulement.

Contrairement à certains, nous ne voyons pas que

ces théories s'opposent ni même se contredisent. Elles ne se proposent pas d'expliquer la même chose, elles n'interprètent qu'une partie du phénomène en mettant l'accent sur leur propre contribution.

En effet en fonction de cette atteinte de la synthèse organo-psychique, on trouve les manifestations :

— d'une cénesthésie indisciplinée en rapport avec un trouble fonctionnel caractérisé, entre autre, par des phénomènes de spasmes vasculaires, au niveau des terminaisons nerveuses et dans les zones d'association,

— d'une anxiété correspondante,

— d'une auto-conduction (1) qui traduit en quelque sorte la valeur de la résistance mentale du sujet,

— de la libération de certains automatismes aux dépens des facultés de contrôle,

— enfin du thème idéique où se perturbent les instincts, s'exaspèrent les pulsions, apparaissent les séquelles de traumatismes affectifs et sexuels, où se retrouve tout le drame particulier à chacun.

(1) MIGNARD Maurice « L'unité psychique et les troubles mentaux », Alcan 1928.

CHAPITRE IV

LES DIAGNOSTICS

I. — Diagnostic positif

Les trois malades dont nous rapportons l'observation sont des obsédées. Il y a bien ici « apparition et persistance incoercible dans la conscience du sujet d'une idée, d'un mot, d'un sentiment. » — on pourrait ajouter d'une sensation — « qui s'impose à lui malgré sa volonté » (1). En effet l'obsession de négation présente des caractères positifs :

— *la conscience* du sujet vis-à-vis de ces troubles. Déjà GRIESINGER disait : « Le malade sait ce qui est réel : Il ne le sent plus » et KRISHABER insistait sur le degré de conservation de la conscience chez ces malades dont W.. et E. B... d'ailleurs donnent l'exemple :

— *l'incoercibilité* du thème obsédant qui dans le cas particulier se systématise et vient créer une polarisation envahissante dont Mi. est le type,

(1) H. CODET et M. CÉNAC : « Obsessions » in *Pratique Médico-Chirurgicale*, 3^e éd. 1931, t. VI, p. 98 sqq.

— *l'apparition involontaire* des sensations subies, des sentiments ressentis qui peut aller jusqu'à l'automatisme, « cette vie mentale qui se poursuit en dehors de la synthèse qui constitue le moi » (2),

— enfin *la prédisposition* des sujets aux accidents obsédants et *la fréquence des crises anxieuses* qu'illustrent nos trois malades.

Ainsi cette dépersonnalisation obsédante est-elle bien au point de vue sémiologique une « idée » parasite, involontaire, automatique, discordante. Mais il y a plus. Tout ce qui fait le fonds mental du psychasténique, on le retrouve chez ces trois malades. Ce doute de soi, l'hésitation devant l'action, la crainte de la folie, l'incomplétude sont ici développés, exaspérés, systématisés.

II. — Diagnostic différentiel

Le diagnostic différentiel de l'obsession de négation se pose d'abord avec le délire. Nous n'allons pas reprendre ici l'historique des discussions relatives au degré de la conservation de la conscience dans l'obsession et au problème de savoir si l'obsession est une forme de paranoïa. Mais il est certain qu'entre l'obsession et le délire il y a une série de stades dont certains sont très voisins : l'obsession de négation est de ceux-là.

Nos trois malades ont parfaitement conscience de

(2) Henri DELACROIX. *Les grandes formes de la vie mentale*. Alcan 1934.

ce qui se passe autour d'elles et en elles : les propos qu'elles tiennent, le « je me suis sentie partir avec toute ma lucidité » de W..., le « pourquoi cette horrible maladie m'a-t-elle laissé la possibilité de raisonner » d'E. B., en sont la confirmation. Elles corrigent constamment leurs formules verbales, précisent que le plus souvent il ne s'agit que de métaphores, ont une représentation très exacte de ce qui se passe, savent parfaitement ce qui est réel, gardent le contrôle de leurs idées parasites et ne se plient pas aux exigences des éléments sensitifs et intellectuels qui, en l'absence de ce contrôle, conduiraient à un état délirant. Il y a bien là conflit entre la conscience et les troubles obsédants.

Or, c'est justement par ces caractères qu'il faut différencier de l'obsession de négation un certain délire dont le thème lui est similaire ; celui de la mélancolie anxieuse. Ce qui domine dans le syndrome de Cotard, c'est d'une part que les malades qui en sont atteints trahissent une croyance réelle dans les lamentations négatives qu'ils dénoncent et une conviction très sûre dans leurs idées de ruine, de misère, de néant et que d'autre part leurs symptômes éclatent et évoluent sur un fonds particulier qui entraîne rapidement des interprétations délirantes.

Avec l'état démentiel le diagnostic différentiel ne se pose pas. Si les malades se plaignent de leur mémoire, de leur volonté, de leur affectivité, c'est plutôt de l'impression d'un amoindrissement que d'un déficit réel. Néanmoins on peut observer cette forme

obsédante de négation au début de certaines démences de la paralysie générale et de la démence précoce en particulier.

Quant à la schizophrénie à laquelle on peut un instant penser, elle doit être éliminée. Lorsque nos malades répètent qu'elles ont perdu le contact avec la réalité, qu'elles ne vivent qu'artificiellement, il ne faut voir là que la constatation d'une lutte pour sortir d'un état où elles ne s'installent nullement. Cette réaction qu'elles suscitent en elles et les plaintes qu'elle déchaîne sont bien à l'opposé de l'attitude autistique du schizophrène qui jamais ne se lamente sur un manque de cohésion entre lui et le monde extérieur.

Enfin, la névrose hystérique pourrait être sujet de confusion avec ses idées fixes et ses complaisances si les troubles que nous étudions n'évoluaient justement sur un terrain très particulier et en fonction de troubles caractérisés.

Ainsi ce syndrome reste-t-il bien dans le cadre des obsessions. Mais ici encore il importe de le différencier des autres formes d'obsession avec lequel il présente des analogies, en particulier de l'obsession hypocondriaque. Toutefois dans cette dernière forme le thème obsessionnel est-il plus localisé. C'est vers tel ou tel organe que se polarise la sensation obsédante tandis que l'obsession de négation se caractérise par une atteinte plus générale, plus diffuse. Nos malades ne disent pas : « J'ai perdu mon estomac, ma tête, ma bouche. » Mais « j'ai perdu ma sensibilité »

ou « tout ce qui est sensibilité à tous les points de vue est complètement anéanti ».

III. — Diagnostic étiologique

Le problème de l'étiologie est d'une très grande complexité : c'est en quelque sorte le plan métaphysique de la médecine. Et l'on se perd facilement dans l'enchaînement de la causalité, dans cette intrication de chocs dont ma nature est si variable et dont le résultat constitue la maladie. Il y a là une foule de facteurs en jeu dont il est impossible de ne pas tenir compte. Or parmi ces causes qui concourent à la formation de la maladie il en est d'essentiellles dont la présence est à la base même du trouble et d'accessoires qui jouent le rôle de réactif, en venant révéler certains états préexistants.

Toute solution définitive en ce domaine est très délicate ; retenons quelques-uns de ces éléments.

La notion de terrain est capitale. Nos trois malades ont présenté autrefois, pendant une certaine période, des obsessions. W... a été, à l'âge de la puberté, érytrophobique, scrupuleuse à l'excès, craignant d'avoir toujours oublié quelque chose ; Mi... s'est pendant sept ans plaint d'une sensation obsédante à localisation gastrique ; et si E. B... n'a pas à proprement parler réalisé un syndrome obsédant, elle a donné maintes fois l'occasion de retrouver chez elle les manifestations d'un tempérament émotif qu'on constate toujours à la base de l'obsession.

L'élément infectieux, qu'il soit aigu ou chronique, est important. Les obsessions survenant après une grippe, une encéphalite sont fréquentes. C'est à la suite d'un état grippal que W... s'est sentie dépersonnalisée. Les infections telles que les gripes, les encéphalites, les intoxications endogènes ou exogènes réalisent une déficience de la résistance nerveuse et mentale.

Les conflits affectifs sont-ils la cause ou le résultat du trouble pathologique. E. B... se plaint d'un complexe d'infériorité : mais est-ce là la traduction d'un état précédemment ressenti ou n'est-il que la constatation du trouble actuel ? Est-il suffisant d'avoir découvert à l'origine d'une névrose un complexe, à la base d'une action une expérience interne pour expliquer du même coup et la névrose et l'action ? Faut-il rechercher là un déterminisme d'auto-punition ? Certains auteurs invoquent dans la genèse de la dépersonnalisation une cessation brusque de la vie sexuelle. Sans doute Mi.. est divorcée : mais elle a continué néanmoins à avoir une vie affective et sexuelle relativement active. On a également insisté sur l'importance de l'onanisme dont nous n'avons pas trouvé de trace d'ailleurs chez nos trois malades.

Pronostic

Dé même qu'il existe des obsessions qui évoluent soit rapidement vers la sédation, soit lentement vers la chronicité, de même l'obsession de négation peut conduire à cette double éventualité.

W... a donné l'exemple de la première : au bout de quelques mois l'état obsédant s'est apaisé et permet de la croire aujourd'hui guérie. Mais E. B... et Mi... ont au contraire, au fur et à mesure que le thème obsédant se systématisait, évolué vers un état chronique.

Ainsi là encore le parallélisme avec le délire de COTARD s'impose. On sait le sombre pronostic qu'il est convenu de faire en présence d'un tel syndrome, encore que dans certains cas des rémissions aient été observées (MALLET, LEULIER et CAZALIS, LOUDET et DALKE). La systématisation obsédante est pareillement redoutable et la guérison sensiblement problématique.

CONCLUSION

Quoiqu'il en soit de tout ce qui a été pensé sur le sujet de l'obsession, un fait demeure évident : c'est que son existence se traduit par une diversité de formes infinie. Parmi cette multiplicité apparente de manifestations à travers laquelle se fait jour le syndrome obsessionnel, se retrouvent à sa base des caractères pathognomoniques. Aussi est-ce l'exaltation de ces derniers qui transparait dans l'histoire des trois femmes que cette étude a pour objet.

Le sentiment de vide qui compose ici tout le tableau clinique envahit la conscience du sujet et engendre des idées de négation dont le champ d'action est, avant tout, la personnalité. Il en résulte l'apparition du phénomène de la dépersonnalisation qui évolue alors sur le mode obsédant et réalise une systématisation où se combinent la sensation de mort psychique, l'abolition de la sensibilité subjective, le sentiment d'une transformation corporelle, des troubles de la notion du temps et la libération de certains automatismes devant une direction volontaire émoussée.

Cet ensemble présente une curieuse analogie tant au point de vue séméiologique par la similitude du thème, que pronostique par l'évolution vers la chronicité, avec un état délirant : le syndrome de Cotard. Il s'en différencie toutefois et par le fonds mental des sujets sur lequel il éclate et par l'interprétation délirante à laquelle n'aboutissent pas nos trois malades.

Si « tout homme fait de la métaphysique comme il respire » il est néanmoins singulier de constater chez ces trois femmes (1), une anxiété constante en face des problèmes que pose la métaphysique, de retrouver dans le langage qu'elles tiennent les ébauches de questions insolubles où elles viennent se buter, au point de souffrir d'une telle irréductibilité. Que chez l'une on soit en présence d'une méditation presque cartésienne et chez l'autre d'une équation sensiblement spinoziste, il y aurait là matière à réflexion, si nous ne voulions rester uniquement sur le plan de la pathologie.

En fonction de quoi un tel état peut-il se former ? L'étude des facteurs latents d'une part dont le terrain dans ses manifestations mentales et physiques est le type et d'autre part les facteurs occasionnels venant déterminer une perturbation physiologique du système nerveux dont les processus infectieux et certains conflits affectifs sont des exemples, peuvent nous permettre de considérer les troubles de ces trois malades comme la manifestation profonde d'une atteinte à la synthèse organo-psychique.

(1) Émile MEYERSON, De l'analyse des produits de la pensée in *Revue philosophique*, septembre-octobre 1934.

VU : *Le Doyen,*
ROUSSY

VU : *Le Président de Thèse,*
LAIGNEL-LAVASTINE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ADIER (A.). — Le Tempérament nerveux, traduit par le Dr Roussel
Paris, Payot, 1926.
- AMIEL. — Journal intime précédé d'une étude par Scherer ;
5^e édition, 1886.
- ARNAUD (F. L.). — Sur le délire des négations. *Annales Médico-Psychologiques*, 7^e série, t. XVI, novembre 1892, p. 387-404.
- AXENFELD et HUCHARD. — Traité des Névroses 1883, pp. 277-294.
- BABINSKY. — Sur l'anosognosie : in *Revue Neurologique*, 1918, t. II, p. 365.
- BALL. — a) La Folie du Doute, *Rev. Scien.*, 1882.
b) Leçons sur les Maladies mentales, 2^e éd., Paris, Asselin, 1881.
- BARUK (H.). — Les Obsessions : in *Bulletin médical*, 3 et 10 octobre 1931.
- BEAUNIS (Henri). — Les sensations internes, Paris, Alcan, 1899, pp. 152-157.
- BERGSON (Henri). — Matière et Mémoire, Paris, Alcan, 2^e éd., 1914.
- BERLIOZ (Charles). — Voir Mallet.
- BERNARD-LEROY. — a) Sur l'Illusion dite « Dépersonnalisation », *Rev. Philo.*, 1898, août, t. II, p. 158.
b) L'illusion de fausse reconnaissance, Alcan, 1898.
c) Dépersonnalisation. Compte rendu du Congrès de Psychologie de 1900, p. 482.
- BERTRAND. — L'aperception du corps humain par la conscience. *Thèse de Paris*, 1880.

- BINET (Alfred). — a) Les Altérations de la personnalité, Paris Alcan, 1892.
 b) L'Ame et le corps. Paris, Flammarion, 1905.
- BLEULER (E.). — Affektivität, Suggestibilität, Paranoïa, II. Aufl. Halle, 1926.
- BLONDEL (Charles). — a) La conscience morbide, Alcan, 1^{re} éd., 1914 et 2^e éd., 1928.
 b) La Conscience morbide, conférence faite à Genève le 27 février 1922. In *Journal de Psychol.*, 1923.
 c) La Personnalité in traité Dumas, 1924, t. II, Alcan.
 d) La mentalité primitive, Stock, 1926.
- BOGAERT (Ludo Van). — Sur la pathologie de l'image de soi : in *Ann. méd. psych.*, XIV^e série, 92^e ann., nov. 1934, p. 519, et déc. 1934, p. 744 sqq.
- BOREL (A.). — L'expression de l'ineffable dans les états psychopathiques in *Evol. Psych.*, 1933, fasc. 2.
- BURLAUD (A.). — Conscience et comportement in *Rev. Métaphy. et Morale*, oct. 1934, p. 471-508.
- CABANIS. — Les Rapports du Physique et du Moral, Baillières, Paris, 1844.
- CAMBRIELS. — Psychonévrose obsédante de dépersonnalisation avec « Moyens de défense » anti-dépersonnalisateurs in *Encéphale*, 1931, p. 330.
- CAMUSET. — Congrès de Blois. Délire des négations, 1892.
- CAPBRAS-BEAUDOUIN-BRIOU. — L'explication délirante in *Ann. Medico-Psych.*, 1934, avril.
- CEILLIER (André). — Recherches sur l'automatisme psychique, in *Encéphale*, 1927.
- CHASLIN (Ph.). — Eléments de sémiologie et cliniques mentales, Asselin et Houzeau, 1912.
- CLAUDE H. — Remarques sur quelques essais de physiologie en psychiatrie, in *Biologie médicale*, XXIII, n° 2, 1933.
- CLAUDE H. et DUBLINEAU. — Intuitions délirantes, obsession et syndrome d'action extérieure, in *Encéphale*, 1933, p. 351-371.
- CLERAMBAULT (G. de). — Syndrome d'automatisme in *Ann. Méd. Psych.*, fév., 1927.

- COTARD. — a) Du délire hypocondrique dans une forme grave de mélancolie anxieuse. *Ann. Med. Psych.*, juin-sept. 1880.
b) Du délire des négations in *Archives de Neurologie*, 1882, n° 11, p. 152-170, et n° 12, p. 282-296.
c) Perte de la vision mentale dans la mélancolie anxieuse in *Archives de neurologie*, 1884.
d) Origine psychomotrice ou psychosensorielle du délire in *Ann. Med. Psych.*, 1887.
e) Du délire d'énormité, *Ann. Med. Psych.*, 1888.
f) Etude sur les maladies cérébrales et mentales, Paris, Baillière, 1891.

COTARD (Jules-Ferdinand). — Idées de négation. Thèse de Bordeaux, 1904.

DELACROIX (Henri). — Les grandes formes de la vie mentale, Alcan, 1934.

DELMAS et BOLL. — La personnalité humaine, Flammarion, 1922.

DENY et CAMUS. — a) « Sur un cas d'hypocondrie aberrante due à la perte de la conscience du corps » in *Rev. Neurol.*, mai 1905.

b) « Sur un cas de délire métabolique de de la personnalité lié à des troubles de la cénesthésie » in *Archives Neurol.*, oct., 1905.

c) « Etude neurologique et pathogénique du délire des négations » in *Ann. Med. Psych.*, février et mai 1906.

DESCHAMPS (Albert). — « Les maladies de l'esprit et les anesthésies » Alcan, 1919.

DEVAUX et LOGRE. — « Les anxieux », Paris, Masson, 1917.

DIDE et GUIRAUD. — « Psychiatrie du Médecin praticien », Paris, Masson, 1929.

DROMARD et ALBES. — « Etude théorique sur la dépersonnalisation et la fausse reconnaissance ». *Journal de psychologie normale et pathologique*, mai-juin, 1906.

DUGAS. — a) « Un cas de dépersonnalisation » *Rev. philo.*, 1898, vol. XLV, p. 500 à 507.

b) « Dépersonnalisation et fausse mémoire », *Rev. Phil.*, 1898, vol. XLVI, p. 423-425.

- DUGAS et MOUTIER. — a) L'impression de « l'entièrement nouveau » et celle du « déjà vu ». *Rev. Phil.*, 1894, vol. XXXVIII, p. 40-46.
b) « La dépersonnalisation et la perception extérieure », *Rev. Phil.*, 1910, p. 441-460.
c) « La dépersonnalisation », Paris, Alcan, 1911.
- DUMAS (G.). — a) Traité de psychologie, 1924, t. I et t. II, Alcan.
b) Nouveau traité, t. I, II, III et IV, 1930, Alcan.
c) Les états intellectuels dans la mélancolie, Paris, Alcan, 1895.
- DUPRÉ (Ernest). — a) La constitution émotive (*Paris Médical*, 7 octobre 1911, p. 404).
b) Pathologie de l'émotivité (Payot, 1921).
- DUPRÉ et CAMUS. — « Cénesthopathies » *Encéphale* 1907, II, p. 616.
- EY (H.). — « La notion d'automatisme en psychiatrie », in *Evolution psychiatrique*, 2^e série, n^o 3, 1932.
- FEDERN. — « Narcissmus und Jéhgefühl »: *Int. Zeitsch. f. Psych.*, 1927.
- FREUD SIG. — a) « Obsessions et phobies » *Rev. Neurol.*, 30 janv. 1895.
b) Introd. à la psychanalyse, Paris, Payot, 1922.
c) Psychologie collective et analyse du moi, traduit par le Dr Jankelevitch, Payot, 1924.
d) Cinq leçons sur la psych., Paris, Payot, 1929.
- GIDE (André). — a) Les Faux-Monnayeurs, *N. R. F.*, 1926.
b) Œuvres complètes, *N. R. F.*, t. VI, 1934 et t. VIII, 1935.
- GRASSET. — a) Physiopathologie clinique, t. III, p. 181, Montpellier, Boedm, 1934.
b) Les grandes névroses : la névropathie psychosplanchnique, *Revue du Mois*, 10 mars 1909, p. 257.
- GRIESINGER. — Maladies mentales, trad. Doumic, 1865, p. 269.

GUIRAUD. — a) Voir DIDE.

b) « Les délires chroniques » *Encéphale*, 1925, n° 9, p. 665-673.

HARTEMBERG (P.). — Psychologie du neurasthénique, Alcan, 1908.

HEAD et HOLMES. — « Severy disturbance from cerebral lesions » *Brain*, 1911.

HENRY. — « Le délire de négation dans la paralysie générale », Thèse 1895.

HERZEN. — « Les modifications de la conscience du moi » *Bull. Soc. Vaudoise*, Lausanne 1884, XX, p. 184-200.

HESNARD (A.). — a) « Les troubles de la personnalité dans les états d'asthénie psychique (Alcan, 1909).

b) « Une maladie de l'attention : la dépersonnalisation. Ass. fr. pour l'av. des sciences. Congrès de Strasbourg, 1920.

c) La folie pensée organique. *Journal de psych. normale et pathologique*, 1921, p. 229-241.

d) La signification psychanalytique des sentiments dits « de dépersonnalisation » in *Revue française de psychanalyse*, Année 1927, n° 87.

e) Les grands syndromes névropathiques, Doin.

f) Contribution à l'étude des sentiments dits « de dépersonnalisation » in *Rev. fr. de Psych.* Année 1934 (novembre).

HEUYER et DUBLINEAU. — Syndrome de dépersonnalisation chez un encéphalitique. *Société med. psycholo.*, 22 février 1932, in *Ann. Med. Psych.*, année 1932, p. 204.

HÖFFDING (Harold). — « Esquisse d'une psychologie fondée sur l'expérience, traduction » Poitevin, Alcan, 1906, p. 181.

JAMES (William). — What is an emotion ? *Mind* 1884.

JANET (Pierre). — a) « Névroses et idées fixes », 1898, t. II, p. 61.

b) Les obsessions et la psychasthémie », Alcan, 1903.

- c) Dépersonnalisation et possession chez un psychasthénique. *Journal de psych. norm. et path.*, 1904, n° 20-37.
- d) Le sentiment de dépersonnalisation. *Journal de psych. n. et p.*, 1908, V, 516-516.
- e) La tension psychologique et ses oscillations. *Journal de psychologie*, mai et juin, 1915.
- f) De l'angoisse à l'extase, Alcan. 1926.
- g) L'évolution psychologique de la personnalité. Edition Chanine, 1929.

JANET et RAYMOND. — a) Perte du sentiment de la personnalité. *Journal des prat.*, oct. 1898.

b) Les névroses, Paris, Flammarion, 1909.

JASPERS. — « Psychopathologie générale. Alcan. 1928, p. 57, p. 100, p. 475.

JUNG (C.). — « L'inconscient dans la vie psychique normale et anormale, Paris, Payot, 1928.

KRAEPELIN. — « Introduction à la psychiatrie clinique », trad. française, 1907, p. 345.

KRETSCHMER (E.). « Manuel théorique et pratique de psychologie médicale », trad. par S. Jankelevitch, Paris, Payot, 1927.

KRISHABER. — De la névropathie cérébro-cardiaque. Masson, 1873.

LACAN (J.). — De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité, Paris, Thèse, 1932.

LAFORGUE et PARCHEMINEY (G.). — Conflits psychiques et troubles organiques : in *Evolution psychiatrique*, 1927, t. II, p. 28-54.

LAIGNEL-LAVASTINE. — a) Des troubles psychiques par perturbation des glandes à sécrétion interne, rapport au XVIII^e congrès des aliénistes et neurologues, Dijon, 1908.

b) Sécrétions internes et système nerveux. *Rev. de médecine*, 1915.

- c) Syndrome psychasthénique consécutif aux émotions. *Ann. Med. psych.*, juillet 1917.
- d) Pathologie du sympathique, Alcan, 1924.
- e) Conférences de sympathologie clinique. Pitié Chonine. 1926-29.
- f) L'obsession, caractères récessifs, souvent hérédo-syphilitiques, in *Revue d'Anthropologie*, janvier 1933, p. 101-109.

LALANDE (André). — a) La psychologie, ses divers objets et méthodes in Dumas IV^e *Traité de psych.*, Alcan, 1930, t. I, p. 367-417.

- b) Vocabulaire technique et critique de la philosophie, 4^e éd., Alcan, 1932. Articles : Individualité, moi, personnalité etc..., sentiments, sensations, cénesthésie, etc...

LANGÉ : Les émotions, trad. Dumas, Alcan, 1895.

LAPICQUE. — Essai d'une nouvelle théorie psychologique de l'émotion, *Journal de psych.*, 1911, p. 1-8.

LERICHE (R.). — a) Sur la méthode de recherche dans la chirurgie, in *Presse médicale*, 11 octobre 1933, n° 81 p. 1577-1581.

- b) n° 10-12, in *Revue de Chirurgie*, 1922.

LOUDET (O.) et DALKE (M.). — Sur la psychogénèse et la valeur pronostique du syndrome de Cotard, *Revista de crimenologia, psichiatria y medecina legal*, t. XX, n° 119, octobre 1933, et *Archivos argentinos de Neurologia*, t. IX, n° 1, sept. 1933.

LOEPPER et BAUMANN. — La Léiasthénie, in *Presse Médicale*, 7 sept. 1929.

MAINE DE BIRAN. — a) Mémoire sur les perceptions obscures. Armand Colin, 1920, n° 16, p. 22.

- b) Journal intime publié par A. de La Valette, Monthbrun, Plon, t. I, 1927, t. II, 1931.

MALLET (Raymond). — a) Angoisse et obsession. *Presse médicale*, 19 mai 1923.

- b) Les obsédés, Doin, 1928.
 - c) Autoconduction, automatisme, cénesthésie. *Annales medico-psych.*, n° 2, juillet 1932.
 - d) L'obsession, *Presse médicale*, n° 221, 24 sept. 1932.
 - e) L'obsession de négation. *Presse médicale*, n° 46, 10 juin 1933.
 - f) Le terrain organique de l'obsession, in *Progrès médical*, 8 juin 1935.
- MALLET et BÉRLIOZ. — Obsession de négation. *Annales médico-psychol.*, XIV^e S^{ie}, 91^e Ann., t. I, n° 5, mai 1933, n° 591.
- MEYERSON et QUERCY. — « Des interprétations frustes ». *Journ. de psychologie*, 1929, p. 911.
- MIGNARD (Maurice). — a) « L'unité psychique et les troubles mentaux, Alcan, 1928.
- b) « De l'obsession émotive ou délire d'influence. *Annales med.-psych.*, mai 1933, p. 333.
 - c) « La faillite des psychologies matérialistes sur le terrain de la pathologie mentale, *Revue de philosophie*, oct. 1920.
 - d) La subduction mentale morbide et les théories psychologiques. *Année psychologique*, XXV, 1924, p. 85.
- MINKOWSKI. — a) La notion de perte de contrat vital avec la réalité, Paris, Jouve, 1926.
- b) La Schizophrénie, Payot, 1927.
 - c) Du symptôme au trouble générateur. *Arch. suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. XXII, fasc. I, 1928.
- MIRA (Z.). — Contribution à l'étude pathogénique du syndrome de dépersonnalisation, in *Revista medica di Barcelona*, t. XVIII, n° 107, p. 455-460, 1932.
- VON MONAKOW et MOURGUE. — Introduction biologique à l'étude de la neurologie et de la psychopathologie. Intégration et désintégration de la fonction. Paris, Alcan, 1928.

- MOREL. — Du délire émotif, névrose du système nerveux ganglionnaire viscéral. *Arch. générales de médecine*, 1866, 6^e série, t. VII, p. 385-530-700.
- MORGENSTERN (Sophie). — Conception psychanalytique de la dépersonnalisation : in *Evolution psychiatrique*, 2^e série, n^o 1, mars 1931, Maloine.
- MOURGUE (Raoul). — Neurobiologie de l'hallucination, Bruxelles, Lamertin, 1932.
- MULLER (L. R.). — Die Lebensnerven, Berlin, Springer, 1934.
- NATHAN. — Le doute de soi-même. *Ann. Med. Psych.*, LXXXIV, (I-II), 1926, p. 21-23.
- NUNBERG. — Depersonalisationszustände im Lichte der Libidotheorie. *Int. Zeitschr. f. Psych.*, XV Bd. f. I.
- OESTERREICH. — Die Entfremdung der Wahrnehmungswelt und die Depersonalisation, in der Psychasthenie ; ein Beitrag zur Gefühlspsychologie (*J. f. Psychol., in neurol.*, 1906-8, Band VII-IX).
- ODIER (Charles). — La névrose obsessionnelle ; in *Revue française de psychanalyse*, 1927.
- PASCAL et DAVESNE. — Psychocolloïdoclasies, anaphylaxie mentale spontanée. *Presse médicale*, 24 nov. 1925, n^o 93, p. 1539-1541.
- PAULHAN. — Les variations de la personnalité à l'état normal. *Revue philosophique*, juin 1882.
- PIERON (H.). — Le cerveau et la pensée. Paris, Alcan, 1923.
- PEGUILLON. — Idées de négation dans les maladies mentales. *Thèse*, 1895.
- PICHON (E.). — Sur la prétendue différence entre l'organique et le psychogène ; in *Revue française de psychanalyse*, Année 1927, p. 20.
- PITRES et RÉGIS. — Obsessions et impulsions, Doin, 1902.
- REVAULT D'ALLONNES. — a) Les inclinations, leur rôle dans la psychologie des sentiments, 1908.
b) Rôle des sensations internes dans les émotions et dans la perception de la durée. *Rev. phil.*, 1905, vol. LX, p. 592-623.

- RIBOT (Th.). — a) *Maladie de la personnalité*, Paris, Alcan, 1888.
b) *Psychologie des sentiments*, Paris, Alcan, 1896.
- ROUSSEAU. — *Les Rêveries d'un promeneur solitaire. Œuv. comp.*, t. I, p. 406 et suiv., chez Furne et C^{ie}. 1837.
- ROUSSY et LHERMITTE. — *Psychonévrose de guerre*. Masson, 1917 p. 122.
- ROY (Pierre). — *Rapports sur l'hypocondrie*, au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes. Rennes, août, 1905.
- SAINT-SIMON. — (*Mémoires du Duc de...* publiées par MM. Cheval et Régnier fils, éd. Hachette, 1923, t. VI, chap. xix, p. 326-339).
- SEGLAS. — a) *Séméiologie et pathogénie des idées de négation. Annales médico-psychologiques*, 1889.
b) *Mélancolies anxieuses avec délire de négation. Progrès médical* (12 nov. 1887).
c) *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, Asselin et Houzeau, 1895.
- SICARD (J.-A.). — *Les douleurs sympathiques, les cénesthésies*. in *Sergent*, 1924 (Maloine), VI *Neurologie*, t. II, p. 133.
- SOLLIER. — a) « *Le sentiment cénesthésique* (Rapport du VI^e congrès international de psychologie, Genève, 1909).
b) *Phénomènes de cénesthésie cérébrale unilatéraux et de dépersonnalisation liés à une action organique du cerveau. Encéphale*, 1910, octobre.
c) *Mémoire affective et cénesthésie. Rev. Phil.*, décembre 1913.
d) *Régression de la personnalité et psychanalyse in Progrès médical*, n° 20, 16 mai 1925, p. 726.
- STOCKEL (W.). — *Les états d'angoisse nerveux*, trad. fr., Payot, 1930.
- STÖRRING. — *Die Depersonalisation* ; in *Arch. für Psychiat. und Nervenkrankheiten*, vol XCVIII, fasc. 4, 1933.
- TAINÉ (H.). — a) *De l'Intelligence*, t. I, Livre III, les sensations, chap. II, Hachette, 1863.
b) *Sur les éléments et sur la formation de l'idée du moi. Revue philosophique*, 1876, I, 289.

TOSTEVIN. — Les sensations et les représentations (*Arch. des sc. psych.*, avril-juin 1913, p. 138).

TOUCHE. — Un cas de dépersonnalisation. *Ann. méd. chirurg. du Centre*, 1904, II, septembre, 458-459.

TOULOUSE. — Le délire des négations, *Gazette des Hôpitaux* 1893.

VURPAS. — État mental des obsédés, questions neurologiques d'actualité, Masson 1921.

VURPAS et CORMAN. — Obsédés mélancoliques et obsédés constitutionnels. *Annales médico-psychol.*, 91^e année, t. I, n^o 4, avril 1933, p. 409-454.

WALLON (H.). — Le problème biologique de la conscience. In *nouveau Traité de psychol.* par Georges Dumas t. I, Alcan, 1930. p. 293-329.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9.
--------------------	----

CHAPITRE PREMIER

LES FAITS

1. W.....	13
2. E. B.....	16
3. Mi.....	23

CHAPITRE SECOND

LES SIGNES

1. Ce que disent ces malades.....	26
2. Ce que sentent ces malades	37
3. Ce que sont ces malades	44

CHAPITRE TROISIEME

LES THÉORIES

1. Idées de négation	50
2. Obsessions	53
3. Dépersonnalisation	59

CHAPITRE QUATRIEME

LES DIAGNOSTICS

1. Positif	92
2. Différentiel	93
3. Étiologique	96
CONCLUSION	99
BIBLIOGRAPHIE	101

